



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Contribuir para o desenvolvimento das Estratégias
de Coping das Pessoas com Doença Mental Grave
através da implementação de um Programa de
Promoção de Estilos de Vida Saudáveis**

Sandra Cristina F. F. Sampaio de Andrade

2011



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Contribuir para o desenvolvimento das Estratégias de Coping das Pessoas com Doença Mental Grave através da implementação de um Programa Promoção

Sandra Cristina F. F. Sampaio de Andrade

**Dissertação ou trabalho de projecto ou relatório de estágio
orientado(a) por:**

Professora Gloria Tolleti

2011



“Enfrentar os desafios, construir soluções”

Conferência Ministerial dos Estados Membros da região europeia da OMS

(Helsínquia, 2005)

RESUMO

O desenvolvimento de competências resulta de um aumento de conhecimentos científicos, técnicos e éticos e da sua aplicação à prática profissional, através de um processo de experimentação, treino e reflexão, conjugando características pessoais e profissionais na acção.

Este processo organizou-se em torno de dois contextos, ambulatório e internamento do DPSM, do H. S. Francisco Xavier. O primeiro decorreu nas Equipas Comunitárias de Psiquiatria e Saúde Mental de Cascais e da Parede e no Fórum Sócio-ocupacional de Cascais; o segundo na Unidade de Internamento de Psiquiatria de doentes agudos do sexo masculino.

O principal alvo dos cuidados foi as PDMG, às quais foi identificada uma necessidade de cuidados de enfermagem visando a promoção da saúde física e mental. A evidência comprova que as PDMG, designadamente os portadores de esquizofrenia, apresentam uma taxa de mortalidade precoce, cerca 10 a 15 anos menos do que a população em geral, assim como uma elevada prevalência de co-morbilidades físicas fortemente condicionada pelos *estilos de vida não saudáveis* e estratégias de *coping* ineficazes.

Como resposta a esta necessidade de cuidados de enfermagem foi construído e implementado o programa “**SER + saudável**”, desenvolvido com três grupos distintos de clientes e tendo por base, três objectivos principais: *Promover estilos de vida saudáveis nas PDMG; Incentivar o desenvolvimento de estratégias de coping eficazes nas PDMG; e Promover o desenvolvimento de competências básicas de comunicação nas PDMG.*

Na implementação do programa segundo os contextos, constatou-se que os clientes atribuíram um enfoque diferente aos conteúdos abordados. Assim, o grupo comunitário valorizou aspectos relacionados com a saúde física e vida em sociedade, enquanto o grupo do internamento se centrou na gestão dos sintomas e na prevenção da recaída.

O Programa “**SER + saudável**” foi avaliado na sua globalidade pelos clientes, como tendo um impacto positivo no seu bem-estar, pelos benefícios na interacção social e pelo aumento dos conhecimentos adquiridos. Estes

resultados parecem indicar que o programa contribuiu para o desenvolvimento das estratégias de *Coping* das PDMG.

Palavras-chave: *enfermagem, pessoa doença mental grave, co-morbilidade física, estilos de vida saudáveis, estratégias de coping.*

Abstract

The development of skills results from an increase in the scientific, technical and ethical knowledge and its application to the professional practice, through an experimentation, reflection and training process, combining personal and professional characteristics in the action.

This process took place in two different contexts – ambulatory and acute inpatient settings – from DPSM, of the S. Francisco Xavier Hospital. The former took place at the Community Psychiatric and Mental Health Teams from Cascais and Parede and at Cascais' Socio-occupational Forum. The latter took place at the Inpatient Psychiatric Unit for male acute patients.

The main target was the People with Severe Mental Diseases (PSMD) care, which were identified as having a need for nursing care, to foment physical and mental health. The evidence shows that the PSMD, particularly those with schizophrenia, have an early mortality rate, about 10 to 15 years less than the general population, as well as a high prevalence of physical co-morbidities strongly influenced by *unhealthy lifestyles* and *ineffective coping strategies*.

In response to this need for nursing care the "**BE** + healthy" program was constructed and implemented. It was developed for three distinct groups of customers and based on three main goals: *to promote healthy lifestyles in the PSMD, to encourage the development of effective coping strategies in PSMD, and to promote the development of basic communication skills in PSMD*.

In implementing the program according to the contexts, it was found that the clients put different focuses on the addressed contents. Thus, the community group valued aspects of physical health and life in society, while the acute inpatient settings group focused on symptoms' management and relapse prevention.

The "**BE** + healthy" program was evaluated by its clients, as having a positive impact on their welfare, due to the benefits in their social interaction and in the increasing of the knowledge acquired. This results seem to indicate that the program contributed to the development of PSMD Coping Strategies.

Keywords: *nursing, person with serious mental illness, physical co-morbidity, healthy lifestyles, coping strategies.*

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD- Actividades de vida diária

CDE - Código Deontológico do enfermeiro

DGS - Direcção Geral de Saúde

DMG - Doença Mental Grave

ECSMP - Equipa Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental

ESMP - Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiatria

FSO- Fórum sociocupacional

HTA - Hipertensão Arterial

IMC- Índice de massa corporal

IPS - Intervenções Psicossociais

NANDA - Nursing diagnoses: definition and classification

NOC - Classificação de Resultados de Enfermagem

OE - Ordem Enfermeiro

PDMG - Pessoa Doença Mental Grave

PEVS - Promoção de Estilos de Vida Saudáveis

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

PSMD- People with Severe Mental Diseases

ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO.....	11
1 - CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA ...	13
2 - CONCEITOS E AUTORES DE REFERÊNCIA.....	17
2.1 - A Pessoa com Doença Mental Grave.....	17
2.2 Estratégias de coping na gestão da Doença Mental Grave	20
2.3 Intervenções Promotoras de Estilos de Vida Saudáveis das PDMG.....	23
3 - ACTIVIDADES E PROCESSOS TRABALHO DESENVOLVIDOS.....	29
3.1 Emergência do Programa «SER+Saudável».....	29
3.2 – Implementação do Programa «SER+Saudável»	33
3.3 Competências adquiridas ao longo do Programa «SER+Saudável»	38
4 - RESULTADOS OBTIDOS	41
4.1 – O Programa «SER+Saudável» na Comunidade	41
4.1.1 Na perspectiva da formanda de Enfermagem Especializada em Saúde Mental	41
4.1.2 – Na perspectiva dos clientes.....	49
4.2 – O Programa «SER+Saudável» no Internamento.....	51
4.2.1 Na perspectiva da formanda de Enfermagem Especializada em Saúde Mental	51

4.2.2 – Na perspectiva dos clientes.....	56
4.3 - Síntese dos resultados principais do Programa “ Ser + Saudável”	58
5 - QUESTÕES ETICAS	60
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

ANEXOS

ANEXO I - Ficha Sóciodemográfica

ANEXO II - CAN adaptado

ANEXO III - Grelha de avaliação comunitária

ANEXO IV - Grelha de avaliação internamento

ANEXO VI - Questionário de satisfação

ANEXO V I - Planos das Sessões do Estágio Comunitário

ANEXO V II - Planos das Sessões do Estágio Internamento

ANEXO VIII - Ficha de Análise sobre cada Sessão

0- INTRODUÇÃO

O presente documento situa-se no âmbito do Mestrado de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e fundamenta-se nas actividades desenvolvidas ao longo do estágio e numa análise reflexiva, relacionando sempre que possível, as experiências vividas com o meu projecto e percurso profissional.

Durante este período de estágio, procurei adquirir e/ou desenvolver competências de enfermeira especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, pondo em prática conhecimentos teóricos adquiridos e reconstruindo novos conhecimentos através da sua experimentação e treino, associados à minha experiência e individualidade. Aprender a aprender, melhorar a minha prática recorrendo a uma análise e autocritica contínua e por uma consciência da tomada de decisão que suporta as minhas acções, teve um enfoque importante neste estágio, visando o desenvolvimento de competências especializadas (Kim, cit in Santos, 2004).

O caminho que tracei exigiu-me uma responsabilização enquanto estudante e profissional de saúde, e a adopção de uma postura activa de procura do conhecimento, de bem-estar, de realização e competência profissional. A trajectória definida visou desenvolver competências através da implementação de intervenções sistematizadas à PMNG (pessoa com doença mental grave).

A problemática em estudo partiu da necessidade de promover nas PDMG estilos de vida saudáveis, face à taxa de mortalidade precoce de cerca 10 a 15 anos menor do que a população em geral, (White, 2009), assim como uma elevada prevalência de co-morbilidades fortemente condicionada pelos *estilos de vida não saudáveis*. Esta temática emergiu através dos dados comprovados pela evidência associada à minha prática de cuidados, considerando como necessidade a implementação de intervenções sistematizadas, em grupo, que sensibilizasse esta população para os seus riscos de saúde e promovesse o

desenvolvimento de competências e estratégias de *coping* adaptadas, assim “nasceu” o programa “**SER** + *saudável*”.

O programa, concebido em parceria com uma colega de formação e sob orientação da professora orientadora, foi implementado tanto em contexto comunitário como de internamento. Foram da minha responsabilidade a implementação do “**SER** + *saudável*” junto de 3 grupos de clientes, designadamente na Consulta Comunitária de Psiquiatria e Saúde Mental de Cascais, na Unidade de Internamento de Doentes Agudos (sexo masculino), estruturas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSFX, e ainda no Fórum Socio-ocupacional de Cascais, Instituição Pública de Solidariedade Social.

No sentido de espelhar o meu percurso académico durante o período de estágio, pretendo com este relatório caracterizar a problemática de partida que esteve na origem deste estágio no segundo capítulo fazer uma revisão de conceitos e de autores que integram este tema, destacando as intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis à PDMG, alguns marcos em matéria de políticas de saúde mental, e as estratégias de *coping* nesta população.

No capítulo 3 e 4 pretendo analisar criticamente as actividades e os resultados obtidos com o programa “**Ser** + *saudável*” na perspectiva de formanda e dos clientes, assim como o seu contributo no desenvolvimento de competências de enfermeira especializada em saúde mental e psiquiatria.

O capítulo 5 recai numa análise das questões éticas relevantes neste estágio, reflectindo no capítulo 6 sobre os contributos deste trabalho para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, e implicações do trabalho para a prática da enfermagem.

Devido ao elevado volume de anexos relativos à construção, implementação e avaliação do programa “**SER** + *saudável*”, estes serão disponibilizados num outro documento.

1 - CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA

A área problemática em que assenta este trabalho surge no âmbito da identificação de necessidades em cuidados de enfermagem das PDMG, associado a uma sustentação fortemente comprovada pela evidência.

A inquietação inicial surgiu pela necessidade de dar resposta a um grupo de PDMG às quais presto cuidados no âmbito da Equipa Comunitária de Saúde Mental (ECSM) de Cascais, local de exercício profissional, que manifestamente apresentavam uma interacção social prejudicada e comportamentos de saúde propensos a risco. Assim, muitos destes clientes relacionavam-se apenas com os elementos da família nuclear e estavam muito reticentes em aderirem a qualquer estrutura ocupacional ou reabilitativa existente na comunidade. Também apresentavam uma certa negligência dos cuidados da saúde física, seja por uma baixa consciência destas necessidades, seja por dificuldade em aceder aos serviços. Contudo, apresentavam uma boa adesão aos cuidados prestados pela ECSM.

Numa perspectiva de solucionar este problema, e após várias discussões com peritos da área, considerou-se que num contexto de prestação de cuidados em ambulatório e com projectos específicos individualizados já existentes na abordagem aos deficits da doença mental grave, faria sentido uma abordagem aos comportamentos de saúde propensos a risco desta população.

Isto porque vários estudos comprovam que nas PDMG as co-morbilidades associadas, a negligência de cuidados da saúde física e a fragmentação dos serviços de saúde mental e médicos, conduzem a um aumento da taxa de mortalidade e uma redução da qualidade de vida das PDMG. (Gill, 2009; Gray, 2009)

Estima-se que apresentam uma taxa de mortalidade precoce, vivem cerca 10 a 15 anos menos do que a população em geral, (White, 2009), assim como, uma elevada prevalência de co-morbilidades fortemente condicionada pelos *estilos de vida não saudáveis*. Estes podem ser: consumo excessivo de tabaco e drogas, nutrição pobre, sedentarismo, negligência nos cuidados de higiene e

comportamentos sexuais de risco. (Weiser, 2009). A literatura complementa que os factores acima enunciados associados às *estratégias de coping ineficazes* agravam o risco das PDMG desenvolverem uma situação de comorbilidade. (Sullivan, 2006)

Estas constatações interpelaram-me, enquanto enfermeira de uma ECPSM responsável pelos cuidados de enfermagem a um grupo de pessoas vulneráveis. A situação é mais grave ainda quando, em termos de políticas delineadas, não existe uma valorização deste aspecto nos cuidados a prestar a esta população.

Apesar da implementação de intervenções psicossociais sistemáticas às PDMG serem escassas e descontinuadas, quer em termos de cuidados primários, como secundários, na abordagem a esta problemática encontramos já alguns programas a nível internacional considerados “boas práticas” na promoção de estilos de vida saudáveis às PDMG.

Perante este problema actual, pertinente para a minha prática profissional e com potencial de contribuir na aquisição de novas competências, decidi aproveitar a oportunidade que este estágio proporcionou, para investir tanto na minha formação como na *promoção de estilos de vida saudáveis* nas PDMG. Por um lado, adquiria conhecimentos necessários ao desenvolvimento de competências profissionais e por outro lado implementava uma intervenção sistemática, com predominância preventiva, numa população particularmente vulnerável.

Com base nos pressupostos anteriores, surgiu assim o programa “ **SER + saudável**”, analisado segundo 4 itens: a actualidade do problema, a exequibilidade do programa, significado e importância do problema para a enfermagem e sua operacionalização. (Fortin, 2003)

Desenharam-se os seguintes *objectivos principais* da intervenção:

1. Promover estilos de vida saudáveis nas PDMG
2. Incentivar o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes nas PDMG

3. Promover o desenvolvimento de competências básicas de comunicação nas PDMG

O programa foi construído a partir da sustentação teórica baseada na evidência, na minha experiência profissional, nas entrevistas realizadas com peritos, tendo sempre presente os pressupostos de *desenvolvimento de competências na gestão das Actividades de Vida Diária (AVD) e de estratégias de coping eficazes das PDMG*.

Definiram-se como temas a abordar nas sessões em termos de conteúdos: *relações interpessoais, alimentação saudável, exercício físico, relaxamento, sono, higiene e conforto, drogas (haxixe), álcool, tabaco e relações afectivo sexual*. Configuraram-se 8 sessões, distribuídas por oito semanas, nos grupos realizados na comunidade, ECSMP de Cascais e Fórum Sócio-ocupacional de Cascais e nove sessões no grupo do internamento dirigido a doentes agudos do HSFx com sessões bi-semanais.

No contexto de internamento surgiu a necessidade de se proceder a várias adaptações designadamente ao nível: do número de sessões, da adaptação dos conteúdos à fase da doença, da introdução de novos temas (ex: o adoecer mental e a prevenção de recaídas), e a da supressão de outros (ex: alimentação saudável). Estes aspectos serão especificados num capítulo posterior.

Foram identificados critérios de inclusão, sendo que o *recrutamento dos participantes* em ambos os contextos foi realizado em colaboração com os profissionais das equipas prestadoras de cuidados dos respectivos serviços/instituições. Os procedimentos de avaliação inicial, a nível comunitário, foram suportados por uma ficha *sócio demográfica* (anexo I) e uma adaptação do instrumento de avaliação de necessidades CAN (anexo II). No internamento, foi essencialmente suportado pelos registos clínicos e entrevista com os clientes.

A participação dos clientes nos grupos foi salvaguardado por alguns princípios éticos nos quais destaco, a autonomia e não maleficência, ou seja, existia uma indicação clínica efectiva em como poderiam beneficiar com a intervenção,

ressalvando sempre a sua capacidade de decisão quanto à participação ou não, nos grupos.

Relativamente à avaliação, esta realizou-se a dois níveis: consecução dos objectivos clínicos e satisfação dos clientes. Para apreciação dos objectivos clínicos, foi criada uma grelha de avaliação (anexo III), com indicadores de resultado gerais para todo o programa relativos aos comportamentos de comunicação e interacção, e indicadores de resultado específicos para cada sessão, em função das temáticas trabalhadas, sustentados nos Nursing Outcomes Care (NOC). A grelha utilizada no internamento foi naturalmente sujeita a algumas adaptações (anexo IV), que permitiram a uma monitorização contínua do programa.

A avaliação relativamente à satisfação dos clientes foi realizada através de um questionário de avaliação da satisfação (anexo V) dos participantes, apenas aplicado aos grupos realizados na comunidade. No internamento, dado tratar-se de um grupo aberto e dado o estágio de doença em que se encontravam os clientes, optou-se por uma avaliação da satisfação oral. Deste modo, no final de cada sessão foi reservado um tempo para que os clientes pudessem expressar a sua opinião sobre a mesma e acolher sugestões eventuais.

2 - CONCEITOS E AUTORES DE REFERÊNCIA

Para perspectivar, construir, implementar e avaliar o programa “**SER + saudável**”, foi essencial desenvolver um quadro de referência estruturante para a minha prática de cuidados de enfermagem. Através de uma pesquisa sustentada pela literatura procurei fundamentar a necessidade de se desenvolver este programa, assente numa perspectiva de rigor e viabilidade de concretização, no âmbito dos serviços e estruturas de prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental.

O meu pensamento nesta pesquisa foi conduzido essencialmente por duas questões que me coloco frequentemente enquanto profissional: o *que fazemos?* e, o *que podemos fazer?* O foco principal foi colocado na pessoa cuidada, associada a uma concepção de Augusto Cury (2005, p. 130) “*Não são doentes! Estão doentes! Sonham em ser felizes*”. Há muito mais além da doença psíquica temos todos que trabalhar em conjunto para enfrentar este grande desafio, promovendo a vida das PDMG (Collière, 1998).

2.1 - A Pessoa com Doença Mental Grave

Na sociedade actual os problemas de Saúde Mental constituem a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade (Decreto-Lei nº 49/2008 de 6 Março). A *doença mental grave*, de um modo geral reporta-se a perturbações psicóticas, pois são estas as que mais implicações produzem na qualidade de vida da pessoa, na medida em que afecta de forma prolongada ou contínua a sua funcionalidade. As suas características e evolução clínica comprometem nomeadamente as suas capacidades para realizar tarefas de subsistência, relacionar com o meio ambiente e participar na vida social. (Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 Janeiro).

Enquadrada nas perturbações psicóticas, a esquizofrenia atinge cerca de 1% da população portuguesa, (DGS, 2007) e afecta as várias dimensões humanas,

devido a uma multiplicidade de factores, nomeadamente, factores biológicos, individuais, familiares, sociais, económicos e ambientais.

Esta doença é uma perturbação mental grave, crónica, incapacitante, com início, habitualmente, no final da adolescência ou no início da idade adulta e cuja *carga foi* seriamente subestimada, pois não eram contempladas as *causas de incapacidade*. É frequente uma ruptura do doente com o mundo real, associadas a alterações do pensamento e/ou da percepção, as quais frequentemente conduzem a alterações no funcionamento social e laboral.

Com uma noção mais clara do panorama actual, associada à previsão de um aumento significativo das perturbações mentais, as políticas delineadas priorizaram a saúde mental como foque urgente de actuação. Nesse sentido, surgiu em Portugal, o actual *Plano de Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016 (DGS; 2007)* que prevê ajudar as pessoas portadoras de doença mental grave a recuperar plenamente a sua vida na comunidade. Neste sentido, priorizaram-se e definiram-se algumas estratégias, nomeadamente:

- *Desenvolvimento e difusão de equipas multidisciplinares de saúde mental comunitária*, ou seja, é dado um maior enfoque numa perspectiva de cuidar comunitária em detrimento do modelo hospitalocêntrico. O Plano enfatiza assim a reabilitação e a integração na sociedade da PDMG em articulação com outras instituições, tendo por base que os *deficits* ao nível das suas capacidades de relacionamento, de adaptação social e de desempenho profissional, podem ser compensadas através da recuperação e aprendizagem de competências individuais e sociais.
- *Articulação Saúde Mental e cuidados de saúde primários* pressupõem uma articulação privilegiada com os clínicos gerais pela sua intervenção holística na doença física e nas diferentes componentes psicológicas e sociais da família. As acções concretas propostas situam-se ao nível da prevenção secundária e terciária, focando entres outros aspectos, uma rápida detecção e encaminhamento nos quadros psicóticos insidiosos. Ao nível da prevenção primária surge apenas como proposta de âmbito geral, inespecífica, a sugestão de desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental.

Assim, tendo por base o conceito de *reabilitação das* PDMG, o qual se encontra presente nas políticas actuais, numa perspectiva de desenvolvimento de *competências individuais e sociais*, urge a necessidade dos profissionais focalizarem as suas intervenções no sentido de investir contra o aumento das doenças físicas, bem como da morte prematura, que um elevado número de estudos de diferentes países vem comprovar. Pela formação abrangente de que dispõem em termos de compreensão e intervenção nos fenómenos de saúde (biopsicosocial), os enfermeiros estão bem colocados para implementar e desenvolver intervenções desta natureza.

Isto porque, a população com DMG para além de uma taxa de mortalidade precoce - 10 a 15 anos menos de vida do que a população em geral segundo dados europeus (White, 2009), e encontrando-se nos EUA uma taxa mais elevada, situando-se nos 25 anos (Nami cit in GRAY, Richard, 2009) - estas pessoas apresentam uma maior morbilidade geral. Várias doenças lhe estão associados, *doenças cardiovasculares* com um risco duas a três vezes maior em relação à restante população, designadamente *enfartes do miocárdio, arritmias e hipertensão arterial* (Brow, cit in White, 2009); *alterações metabólicas (diabetes, obesidade, hipercolesterémia, etc)*; vários tipos de *cancro e Infecções tais como HIV e hepatite; e por fim, doenças respiratória, etc*. Segundo Weiser (2009) as situações de comorbilidade nas pessoas com esquizofrenia apontam para os 50%.

No que se refere à explicação de uma elevada taxa de co-morbilidade e mortalidade, em consequência natural da doença mental o *modelo ambiental* aponta um conjunto de factores que podem ser responsáveis por este fenómeno. Nomeia assim diversos factores, nomeadamente o estilo de vida sedentário, a alimentação pobre, a falta de exercício, o uso tabaco, de abuso de substâncias tais como haxixe e álcool e outros comportamentos de risco.

Já outros autores, tais como MC Douglas (cit in Sullivan, 2006) consideram que a co-morbilidade está directamente relacionada com a falta de competências registadas ao nível das actividades de vida diárias, tais como as compras, a confecção de alimentos, os cuidados de higiene (incluindo a higiene oral), e

ainda uma dieta pobre em fibras, rica em lípidos, glúcidos e hidratos de carbono.

Sullivan (2006) salienta também o impacto dos *sintomas negativos* da esquizofrenia no aumento da co-morbilidade, designadamente a maior dificuldade na interacção social, o que leva a uma baixa actividade física e ao desemprego, promovendo o aumento de peso e obesidade.

Relativamente a outros dados facultados pela literatura, constata-se que, quanto aos hábitos tabágicos, as PDM (pessoa com doença mental) fumam mais 25% do que a população em geral, e 20 a 70% das pessoas com esquizofrenia já experimentaram drogas, sendo que muitas mantêm os consumos durante toda a vida. Constata-se também que a educação relativamente aos benefícios do exercício físico revelam menor impacto do que na população em geral (Sullivan, 2006).

Outro factor potencial no aumento da co-morbilidade, é a medicação psicotrópica em particular os *antipsicóticos de 2ª geração*, que pelos seus efeitos secundários conduzem a alterações metabólicas, promovendo um maior risco de aparecimento de diabetes tipo II, obesidade, disfunção sexual, entre outros.

2.2 Estratégias de coping na gestão da Doença Mental Grave

A literatura reforça que os factores acima enunciados, associados às *estratégias de coping ineficazes* agravam o risco das PDMG desenvolverem uma situação de comorbilidade. (Sullivan, 2006).

Segundo Lazarus e Folkman (1984, cit in Serra, 1999, p. 365), o *coping* «*representa os esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo para lidar com exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como ultrapassando os seus recursos*». Também White refere que (cit in Sequeira, 2006 p. 110,) « (...) *tendemos a falar de coping quando temos em mente uma modificação relativamente drástica ou um problema que desafia as formas familiares da pessoa se comportar e requer a produção de um*

comportamento novo.», sendo que este desencadeia frequentemente afectos desconfortáveis tais como a ansiedade, o desespero, a culpa, a vergonha ou contrariamente, o alívio que faz parte da necessidade de adaptação.

Snyder e Dinoff (cit in Serra, 1999) mencionam a este respeito que as estratégias de *coping* correspondem às respostas, emitidas pelo indivíduo, que têm por finalidade diminuir a “carga” física, emocional e psicológica ligada a acontecimentos indutores de stress.

Quanto à tipologia de estratégias de *coping*, é frequente distinguir dois tipos: o *coping* focado no problema e o *coping* focado nos afectos. Neste âmbito, perante uma situação indutora de stress o cliente pode desenvolver estratégias de *coping* focadas *no problema*, que são dirigidas à manipulação ou alteração do problema. Implica a confrontação com a realidade da crise, gerindo as consequências práticas da relação indivíduo – meio. Pode igualmente desenvolver estratégias de *coping* focadas *na emoção*, dirigidas a regular a resposta emocional a que o problema dá lugar e que pressupõem a gestão dos sentimentos provocados pela crise, mantendo o equilíbrio afectivo. (Sequeira, 2006)

Este conceito envolve uma perspectiva holística, pois encontram-se envolvidas as dimensões físicas, emocionais e culturais (valores, crenças), que vai de encontro à filosofia dos cuidados de enfermagem, (Black, cit in Cutcliffe, 2005). O “olhar” da enfermagem sobre este tema assenta numa perspectiva de construção de um conhecimento, que sustenta a concepção de diagnósticos de enfermagem com vista ao desenvolvimento de intervenções promotoras de estratégias eficazes nos clientes.

Segundo Chapter (cit in Cutcliffe, 2005) para que ocorra o *coping* com sucesso, a intervenção junto do cliente deve ocorrer numa perspectiva de promoção do controlo e de envolvimento no seu processo de tomada de decisão. Assim, quanto maior for o conhecimento e o controlo da situação, mais probabilidades existe de ocorrer o *cope*. Black (cit in Cutcliffe, 2005) acrescenta ainda que as competências de desenvolvimento das estratégias de *coping* não são inatas, podem ser aprendidas e desenvolvidas, traduzindo assim importantes

necessidades de cuidados, designadamente de cuidados de enfermagem dirigidos às PDMG.

Considero pois que devemos “olhar” com particular atenção para as PDMG. investigação tem demonstrado que o processo de desenvolvimento da doença mental grave, mais concretamente a esquizofrenia, pode ser enquadrado no modelo de *vulnerabilidade – stress*. Liberman (cit. in Laraia, 2001. 452) afirma que os sintomas da esquizofrenia desenvolvem-se com base no relacionamento entre os níveis de stress que uma pessoa vive e um limiar de tolerância interna ao stress. O stress pode assim ter um efeito negativo nas pessoas com esquizofrenia, podendo aumentar o risco de recaída e de comorbilidade desta população.

A resposta ao stress, seja ela real ou potencial, são o tema dos diagnósticos de enfermagem, é pois um julgamento crítico sobre as respostas da pessoa ao stress. A definição dos *diagnósticos* deve contemplar o nível de funcionamento da pessoa, os factores de stress, os seus sistemas de apoio, centrando-se sempre no estadio da doença (crise, fase aguda ou de manutenção e promoção da saúde) (Laraia, 2001)

Nanda (Nursing diagnoses: definition and classification) contempla alguns diagnósticos de enfermagem associados a esta temática: disposição para enfrentamento comunitário aumentado; enfrentamento comunitário ineficaz, enfrentamento defensivo, enfrentamento ineficaz, entre outros.

Portanto é essencial proceder a uma avaliação cuidada da pessoa, com vista à identificação de recursos e de um planeamento de intervenções de enfermagem que permitam o cliente desenvolver estratégias coping eficazes às situações de stress vivenciadas. O enfermeiro deve assim, ajudar a pessoa a enfrentar os mais variados tipos de stress quotidianos, seja através de técnicas de relaxamento, da promoção de exercício físico, do treino de habilidades sociais, da técnica de resolução de problemas, entre outras.

2.3 Intervenções Promotoras de Estilos de Vida Saudáveis das PDMG

Como constatámos, muitos são os factores relacionados com a doença mental grave que requerem um enfoque nas pessoas portadoras destas doenças, respondendo de forma optimizada às necessidades através da disponibilização de *intervenções farmacológicas e não farmacológicas*, estas últimas, geralmente designadas psicossociais e/ou psicoterapêuticas, favorecendo o processo de reabilitação desta população.

Neste âmbito, as intervenções farmacológicas e as psicossociais complementam-se, sendo que as primeiras visam limitar a sintomatologia e normalizar o comportamento, enquanto as segundas pretendem capacitar a pessoa para atingir o nível máximo de readaptação funcional, pessoal, social, profissional e familiar. (APA, 1997; Antai-Otong, 2003; Deleu, 2004; DGS, 2007; NICE 2010 cit In Toletti, 2011)

Várias são as IPS (Intervenções psicossociais) que têm surgido ao longo dos tempos e para as quais existe uma evidência consolidada dos seus benefícios. O *treino de competências sociais* baseada nas teorias comportamentais e de aprendizagem social (Shepherd, 1978 cit In Toletti, 2011), as *intervenções psicoeducativas para familiares* que visam o ensino sobre a doença mental, treino de comunicação e técnica de resolução de problemas, etc. (Pereira, 2006). Outra das IPS foi a *terapia cognitivo comportamental* que surgiu inicialmente com o objectivo diminuir os sintomas psicóticos de stress (Garety et al., 2000 in NICE, 2010), mas que nos anos 90 procurou reforçar a sua intervenção na *compliance* à medicação (Kemp et al., 1996 in NICE, 2010 cit In Toletti, 2011).

De acordo com Green (1993 cit In Toletti, 2011), duas abordagens mais recentes foram a *terapia de reestruturação cognitiva* em que o enfoque é o treino das funções cognitivas, tais como a aprendizagem, o planeamento, a atenção e memória. Também se incluem neste âmbito as intervenções de *aconselhamento* e a *psicoterapia de suporte*, bem como outras modalidades de *promoção do ambiente terapêutico* desenvolvidas especificamente para esta população.

Inúmeras vantagens foram comprovadas com as IPS, tais como: diminuir a vulnerabilidade da pessoa; reduzir o impacto de acontecimentos e situações stressantes; minimizar os sintomas; melhorar a qualidade de vida; aumentar a adesão ao tratamento; melhorar a comunicação e as estratégias de *coping*. De acordo com BEEBE (et al, 2007, p. 36) ” (...) o objectivo básico do tratamento psicossocial é o de melhorar os recursos individuais de *coping* e sistema de suporte para se protegerem contra a stressores ambientais. Isto é, reduzir os níveis de stress dos acontecimentos de vida e reforçar as estratégias de *coping* adaptativas. “

O grande impacto individual, social e económico da doença mental grave e a extensa evidência da eficácia e efectividade das intervenções psicossociais IPS na minimização destes impactos, que encontra tradução nas recomendações das mais conceituadas *guidelines* (APA, 2004; NICE, 2010), interpela e *responsabiliza os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria* na implementação e difusão das intervenções psicossociais, de modo a garantir o acesso das pessoas com doença mental grave a este tipo de intervenções. (Brooker, 2001)

Cabe aos *enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria* desenvolverem um conjunto de... “conhecimentos, capacidades e habilidades que este deve mobilizar em contexto de prática clínica, e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo, actuar em todos os contextos de vida das pessoas e a todos os níveis de prevenção”, (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2001, p. 10).

Analisando as orientações sugeridas pela evidência relativamente às intervenções, sentimos a necessidade de reflectir sobre alguns aspectos até agora enunciados, particularmente no que se refere à necessidade de promover estilos de vida saudáveis junto das PDMG. Como vimos a DMG tem, entre outros, um impacto significativo a nível social, laboral e familiar, repercutindo-se na saúde física e no estilo de vida destas pessoas, através de uma taxa de mortalidade precoce, um alto risco de co-morbilidade e estratégias de *coping* pouco eficazes.

Perante o facto de ter sido recentemente delineado no nosso país, um Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) para fazer face às necessidades desta população, podemos colocar algumas questões quanto à promoção de estilos de vida saudáveis nas PDMG:

- *Como têm os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria (ESMP) contribuído na implementação de IPS que promovam os estilos de vida saudáveis (PEVS) às PDMG?*
- *Quais as necessidades de formação dos enfermeiros ao nível da identificação de factores de risco nas PDM e na promoção de estilos de vida saudáveis?*
- *Qual a articulação existente com os cuidados de saúde primários e as Equipas Comunitárias de Saúde Mental?*
- *Quais as políticas implementadas que promovem uma intervenção ao nível da saúde física baseada na prevenção primária e secundária nas PDM?*

Pela natureza das suas intervenções e pela frequência no contacto com as PDMG, os enfermeiros de saúde mental detêm competências que lhes permitem diagnosticar os problemas de saúde física e ajudar a pessoa a responder de forma adaptativa às mesmas.

A literatura internacional demonstra que as *IPS desenvolvidas por enfermeiros na PEVS* têm um impacto positivo no estilo de vida das PDMG. Alguns autores realçam que os programas implementados se repercutiram na redução do risco de doenças cardiovasculares (Smith cit in Gray, 2009) no controle do peso (Lowe et al, cit in Gray, 2009), assim como na adopção de um estilo de vida mais saudável, particularmente numa alimentação mais equilibrada e numa maior auto-estima (Ohlsen, et al, 2005). Barry & Jenkins (cit in WAND, 2008) realçam também o impacto positivo da implementação de programas ao nível da socialização.

Gournay (cit in WAND p. 366, 2008) “ (...) identifica que os cuidados de saúde físicos nas PDMG são negligenciados pelos profissionais de saúde em geral, em particular, no que se refere às doenças cardiovasculares, respiratórias e à

abordagem da sexualidade, apontando como obstáculos nesta área de intervenção, os deficits cognitivos e a motivação reduzida desta população.”

Analisando a realidade portuguesa, verificamos que a abordagem aos aspectos físicos da PDMG é realizada de forma pontual e individual, não encontrando em termos de literatura programas estruturados concebidos por enfermeiros de saúde mental que promovam os estilos de vida saudáveis, quer em contexto comunitário como de internamento de agudos.

Em diversos países, os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria têm participado activamente em programas de intervenção de estilos de vida saudáveis na comunidade. Nos EUA encontramos alguns com articulações já estabelecidas com os cuidados de saúde primários, na sua maioria incidem ao nível da cessação tabágica, exercício físico e alimentação saudável, alguns dos quais, promovidos pela indústria farmacêutica com vista a colmatar os efeitos secundários da medicação antipsicótica de 2ª geração (Weiser et al, 2009).

Também na Europa, especialmente em Inglaterra já se desenvolvem vários tipos de IPS sistematizadas, com modelos que visam a identificação e intervenção articulada nos problemas de saúde física das PDMG (Ohlsen, et al, 2005). Em Portugal, alguns enfermeiros também têm colaborado activamente no Programa Viver em Equilíbrio, apoiado e difundido internacionalmente pela Lilly pharma, promotor de uma alimentação saudável e de exercício físico junto das PDMG. Contudo, constatamos que na sua globalidade as intervenções em termos da promoção de estilos de vida saudáveis ainda não fazem parte da rotina de cuidados.

Quanto à formação dos profissionais para este tipo de intervenções, Wand (2008) refere que os enfermeiros saúde mental não estão suficientemente preparados para prestar cuidados de saúde holísticos. Responsabilizando estes profissionais para investirem na sua formação com vista a incorporarem conhecimentos que dêem resposta às necessidades efectivas de cuidados físicos e mentais desta população.

Provavelmente, tem de se verificar algumas mudanças do panorama educacional, iniciando-se, na minha opinião, pela valorização destes aspectos

no curso base, pois os *programas académicos* necessitam de reconhecer os *factores de risco para a saúde e a necessidade da promoção do bem-estar* (Gill et al, 2009), nas PDMG, numa tentativa de mudança do foco de cuidados, os quais considero que, quer em termos académicos, quer em termos clínicos, mantêm-se essencialmente debruçados na doença.

O PNSM reforça a necessidade de formação e treino dos profissionais de saúde mental de modo a permitir-lhes responder às necessidades clínicas e psicossociais das pessoas com problemas de saúde mental, através de *“acções que promovam a introdução de mudanças na formação pré e pós graduada das várias disciplinas, que permitam uma melhor preparação dos profissionais em aspectos essenciais dos cuidados de saúde mental do futuro.”* (DGS, p.130)

No que se refere à necessidade de articulação entre os cuidados de saúde primários e as equipas de saúde mental na promoção de estilos de vida saudáveis, considero que outra das formas de promover o desenvolvimento de competências nos enfermeiros de saúde mental e os cuidados holísticos à PDMG, passará por estabelecer-se acessos de articulação e colaboração efectiva com os cuidados de saúde primários.

Segundo Gray (2009) a promoção de mudanças ao nível do estilo de vida nas PDMG requer uma abordagem coordenada entre os cuidados de saúde primários e secundários. Todavia, na maioria dos países, incluindo Portugal, os cuidados de saúde primários e os de cuidados de saúde mental continuam separados na sua estrutura física, administrativa, sistemas de informação e estruturas de financiamento dificultando a partilha de competências.

Os enfermeiros de saúde mental podem e devem assegurar a continuidade dos cuidados, nomeadamente através da partilha de conhecimentos e informação junto dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários e vice-versa. Um modelo destes, requer numerosos ajustes, entre eles, superar as barreiras da colaboração e alterar as praticas tradicionais.

Por fim, no que se refere às políticas nacionais e internacionais promotoras de estilos de vida saudáveis nas PDMG, a evidência demonstra a necessidade

urgente de mudanças de práticas e de políticas com um enfoque na saúde e no bem-estar PDMG. Reportando-me ao actual PNSM, as acções propostas neste âmbito são inexistentes, realçando em termos de articulação de profissionais de saúde, apenas os clínicos gerais e numa perspectiva de diagnóstico de encaminhamento de situações. Em termos internacionais, a Organização mundial de saúde em 1990 valoriza uma abordagem preventiva, promotora da saúde mental mas generalizada a toda a população, recomendando, intervenções que promovessem o bem-estar, tais como uma alimentação saudável, exercício físico e, actividades recreativas e sociais. (Murray, 2008).

Partindo da Declaração Europeia de Saúde Mental, o Plano de Acção Europeu de Saúde Mental - HELPS, estabelece a promoção de condições de vida saudáveis e a prevenção da co-morbilidade física, como condições essenciais para manter a dignidade, os direitos humanos e a saúde das pessoas com doença mental da Europa. (Weiser, 2009)

Políticas que contemplassem a promoção de estilos de vida saudáveis nas PDMG e que incorporassem programas como parte das rotinas dos serviços com uma aposta na formação dos estudantes e nos profissionais de saúde mental, trariam, na minha opinião, benefícios económicos, assim como níveis mais reduzidos de *co-morbilidade* física, particularmente ao nível das doenças cardiovasculares, da obesidade e da diabetes) e de mortalidade nas PDMG (Ohlsen, 2005.)

Requerem-se cuidados de enfermagem sustentados por uma abordagem holística onde saúde física e mental das PDMG confluem, e com implementação sistematizada de IPS promotoras da saúde e de estilos de vida saudáveis. Pois como *refere Gray (2009, p.299) “Se não formos nós a fazer alguma coisa pela saúde física das PDMG, quem fará?*

3 - ACTIVIDADES E PROCESSOS TRABALHO DESENVOLVIDOS

A abordagem teórica no capítulo anterior aponta para a relevância da implementação de intervenções psicossociais sistemáticas visando a promoção dos estilos de vida saudáveis das PDMG. Após um caminho de questionamentos, consulta de referenciais teóricos, entre outros, optei pela criação de um programa denominado “**SER** + *saudável*”, o qual foi dando os seus passos nos vários contextos onde decorreu este estágio.

3.1 Emergência do *Programa «SER+Saudável»*

Ao definir algumas hipóteses de trabalho aquando da elaboração do projecto deste estágio, deparei-me com uma inquietação pessoal relativamente à população a quem presto cuidados na ECPSM *de Cascais*. Detectava um sub grupo de 20 PDMG que, pelas suas características pessoais e pelos sintomas negativos da esquizofrenia, manifestavam *deficits significativos ao nível da socialização*. As relações que estabeleciam no seu dia-a-dia limitavam-se essencialmente à família nuclear, na maioria das vezes era a mãe, e apresentando limitações significativas nas *competências básicas de conversação*.

Um recurso identificado nestes 20 clientes era a sua adesão aos cuidados prestados pela Equipa Comunitária. Colocava-se a questão: Perante esta situação, *qual a melhor forma de intervenção?*

A Intervenção em grupo, sem dúvida, passaria pela resposta a esta problemática, pois como refere Guerra (2005, p.21), “a formação de grupos tem um excelente poder terapêutico e remediador (...), procurando assim, congrega e promover a coesão e o encontro entre pessoas para que reconheçam as similitudes dos seus problemas, encontrem forma de suporte social alternativo, necessário para apoiar a construção e o desenvolvimento sua própria identidade e o equilíbrio nas mais variadas situações.”

De seguida foi necessário decidir qual ou quais as *temáticas a trabalhar com o grupo*. Inicialmente ponderei intervir segundo uma abordagem psicoeducativa sobre a gestão da doença, intervenção biopsicossocial e prevenção de recaída através da promoção das estratégias de *coping* e de resolução de problemas, com vista ao *empowerment* do utente.

No entanto, e na sequência de varias reuniões com a equipa, peritos na área, orientadores de estágio e pesquisa, considerei optar pela promoção de estilos de vida saudáveis, reforçado pelo facto de terem sido identificados nestes clientes três diagnósticos importantes: comportamentos de saúde propensos a risco, estratégias de *coping* ineficazes e interacção social prejudicada.

O abandono do foco de intervenção na gestão da doença mental, justifica-se pelo facto de já existirem projectos consolidados na equipa a este nível, sustentados em intervenções individuais dirigidas às PDMG. A carência de uma abordagem sistematizada dos estilos de vida veio reforçar a necessidade, fortemente sustentada pela evidência, de construção e implementação de um programa específico a este nível. Na minha pratica de cuidados quotidiana as intervenções neste foco tinham um cariz pontual e, na maioria das vezes, uma perspectiva de intervenção secundária, registando-se contudo, um *feed back* positivo por parte dos utentes em termos de sensibilização e de algumas mudanças de comportamento.

Estavam então ponderados um certo número de factores imprescindíveis à prossecução deste projecto: (Craig, 2004)

- A minha motivação pessoal;
- Uma temática apoiada pela equipa;
- Congruência com as políticas gerais definidas pelo PNSM;
- Reconhecimento por parte dos utentes das suas necessidades nesta área;
- Benefícios comprovados pela evidência.

Após um processo de amadurecimento, houve necessidade de objectivar as ideias: surgiram vários assuntos relacionados com a temática dos estilos de

vida saudáveis, mas tornou-se imperioso tomar decisões, nomeadamente face às limitações temporais dada a duração do estágio.

Assim, defini as temáticas que eram prioritárias com base na sustentação teórica e nos diagnósticos de enfermagem identificados nos clientes durante a minha prática de cuidados. As temáticas seleccionadas foram: *relações interpessoais, alimentação saudável, exercício físico, relaxamento, sono, higiene e conforto, drogas (haxixe), álcool e tabaco e, afectos e relações afectivo-sexuais*.

De um modo genérico passo a enunciar *alguns elementos* que fundamentaram a escolha destes *temas* seleccionados.

A escolha do primeiro, *relações interpessoais*, deve-se aos deficits de socialização apresentados pelo grupo, já descritos anteriormente. A abordagem à *alimentação saudável e exercício físico* surgem em sessões separadas, na proporção de 2:1, pelos maus hábitos alimentares detectados e pelas implicações na saúde física das PDMG. A literatura também realça o predomínio de uma dieta pobre em fibras, legumes, frutas e ao invés rica em gorduras e açúcares, traduzindo-se num elevado risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e de diabetes. A obesidade é o resultado destes comportamentos, associados ao sedentarismo e aos efeitos secundários da medicação antipsicótica de nova geração.

Na opção da temática do *relaxamento e sono* pesaram os episódios de ansiedade, insónia e sinais de recaída, entre outros, e as estratégias de *coping* pouco eficazes desta população a este nível. Quanto à *higiene e conforto* foram as dificuldades nos cuidados ao corpo, associadas muitas vezes à sintomatologia negativa, e por sua vez nas suas repercussões nas relações interpessoais.

Os consumos *haxixe, álcool e tabaco* também mereceram destaque neste programa, porque são relativamente frequentes nesta população, pelos seus elevados riscos para a saúde física e na descompensação psicótica e ainda, pelos seus elevados custos no seio familiar e sociedade.

*Por último os afectos e as relações afectivos sexuais, são abordadas pelas dificuldades dos clientes a este nível, decorrentes do embotamento afectivo característico nas DMG, pelos *deficits* de competências de assertividade e presença de comportamentos sexuais de risco.*

Em conjunto com uma colega, desenharam-se então 8 sessões, cujos respectivos planos se encontram em anexo (anexo VI), a desenvolver *com uma periodicidade semanal e com uma duração média por sessão de 1h30min.* Cada sessão obedecia a uma *estrutura* base que iria constituir-se como fio condutor de todas as sessões: utilizar de dinâmicas de grupo activas no início, solicitar uma intervenção participativa e reflexiva evitando o método meramente expositivo, suscitar a partilha de experiências, reforçar positivamente as capacidades e finalizar com um momento mais informal de socialização (só nas equipas comunitárias), através da partilha de um lanche. O grupo contaria sempre com um orientador e um co-orientador que complementariam a sua acção.

A abordagem subjacente ao programa sustenta-se numa concepção humanista da pessoa e num modelo de intervenção de orientação essencialmente *cognitivo comportamental*, suportado na técnica de resolução de problemas com vista à promoção de estratégias de *coping* nas PDMG.

Definidos os *temas e a estrutura das sessões*, procedemos à elaboração de instrumentos de apoio ao desenvolvimento da intervenção. Nesse sentido, foi elaborada uma *ficha de caracterização sociodemografica que incluía igualmente a monitorização de sinais e índices físicos e a caracterização do acompanhamento/ vigilância de saúde (Anexo I):*

- Dados sóciodemográficos: idade, sexo, estado civil, escolaridade, co-habitação;
- *Sinais e índices físicos*: pressão arterial, peso, altura, índice massa corporal, colesterol e glicemia capilar;
- Acompanhamento/vigilância saúde física: antecedentes pessoais médicos, ultima consulta com o medico de família);

- Acompanhamento/vigilância saúde mental: local do acompanhamento, terapeuta de referência, diagnóstico médico, estruturas frequentadas, terapêutica e grau de adesão ao tratamento).

Outro dos instrumentos concebidos na avaliação inicial foi o inquérito de avaliação de necessidades de Camberwell (CAN). Este foi *adaptado (anexo II)*: seleccionaram-se unicamente as áreas a avaliar de acordo com os objectivos do programa e sintetizou-se a informação a recolher. Nesse sentido, foram seleccionadas as seguintes áreas de necessidade: álcool, alimentação, auto cuidado, café, contactos sociais, droga, exercício físico, relacionamento sexual, relações íntimas, saúde física, sofrimento psicológico, sono e tabaco. A cotação utilizada foi: 0- sem problema, 1- problema moderado devido a intervenção contínua, 2- problema grave, 3- desconhecido.

3.2 – Implementação do Programa «SER+Saudável»

Na comunidade

O início do percurso deu-se nas *Equipas Comunitárias de Saúde Mental de Cascais e Parede e, no Fórum Sócioocupacional de Cascais (FSO)*, foram estabelecidos contactos com as equipas e o programa foi considerado sustentável e benéfico para todos os envolvidos, profissionais e sobretudo utentes.

A nível do *Fórum Sócioocupacional* a aceitação do programa foi muito positiva, quer pelo facto da temática ser considerada uma necessidade de intervenção para a qual os técnicos destas equipas, maioritariamente psicólogos e psicopedagogos, não deterem formação específica, quer porque iria colmatar em geral a falta de enfermeiro na equipa destas estruturas. Um factor facilitador da minha integração neste contexto esteve relacionado com a relação prévia existente, resultante da articulação estabelecida na minha prática diária de cuidados e de outros momentos de colaboração em actividades realizada pela instituição.

O *recrutamento dos participantes* para o grupo da Equipa Comunitária foi realizado através de entrevista onde expunha os objectivos do programa, apurava as motivações pessoais, esclarecia dúvidas e receios e salvaguardava o respeito pela decisão tomada. No Fórum, além da entrevista individual aos utentes, houve necessidade de realizar reuniões com os técnicos de referência para avaliar o funcionamento individual e em grupo de cada utente seleccionado.

Relativamente à *constituição do grupo* da Equipa Comunitária era um grupo fechado com 9 participantes. No *Fórum o grupo foi constituído* por 10 elementos, pretendendo-se também um grupo fechado, mas na prática, em algumas sessões estiveram presentes elementos que não participaram nas primeiras sessões. Contudo, a sua inclusão no grupo não gerou quaisquer dificuldades e pareceu-me pertinente na medida em que não colidia com o tema abordado e já tinham uma experiência prévia de funcionamento em grupo através da participação noutras actividades realizadas no Fórum.

O *grupo da Equipa Comunitária* caracterizou-se por ter número semelhante de homens e mulheres, 4 homens e 5 mulheres, com predominância de idades compreendidas entre os 40 e 50 anos. Quanto ao estado civil, encontramos alguma diversidade: 4 solteiros, 4 divorciados e 1 união de facto. Sendo que a maioria não tem filhos, co-habita essencialmente com a mãe e possui o 9ºano de escolaridade.

O *grupo do Fórum* caracterizou-se por ter uma predominância masculina de 7 para 3 mulheres, encontrando-se metade do grupo na faixa etária dos 30 aos 40 anos, 3 entre os 20 e 30, sendo que apenas 2 se situavam acima dos 50 anos. Na sua grande maioria solteiros, sem filhos, e a co-habitarem com os pais. Quanto à escolaridade oscilava entre o 9ºano e 12ºano.

Quanto aos *dados físicos* apurados nos *dois grupos*, podemos afirmar que *destes 20 participantes, há excepção de 2, todos os outros se apresentavam normotensos e normoglicémicos*. Um participante tinha uma diabetes diagnosticada e outro apresentava valores *borderline*. Quanto aos valores relacionados com o colesterol, não foi possível colher dados uma vez que os resultados laboratoriais de que dispunhamos eram claramente insuficientes

e/ou desactualizados. O *IMC (índice de massa corporal)* foi um dado que se revelou preocupante em ambos os grupos: cerca de metade apresentava valores de IMC que oscilavam entre a obesidade de grau I e obesidade de grau II.

Relativamente ao *acompanhamento médico* apura-se alguma disparidade entre os dois grupos: na Equipa Comunitária existe uma maior sensibilização dos utentes para um seguimento regular com o médico de família, dos 9 clientes 6 tinham realizado uma consulta no último ano; porém, no Fórum, a realidade foi diversa, verificando-se que metade do grupo não era acompanhado há pelo menos 2 anos. As co-morbilidades e/os factores de risco encontradas foram essencialmente a obesidade e a dependência de nicotina, em menor número o abuso de álcool e haxixe, a hipercolesterémia, a diabetes tipo II e a demência e a epilepsia.

Ao nível da *doença mental*, constatou-se nos dois grupos que o diagnóstico de esquizofrenia é o maioritário e que estes são acompanhados nas equipas Comunitárias há mais de 10 anos. Quanto à terapêutica prescrita, a maioria fazia antipsicóticos de 2ª geração, alguns tomavam ainda medicação antidepressiva, ansiolítica e hipnótica. Os antipsicóticos injectáveis de longa duração, estavam prescritos a todos os clientes da Equipa Comunitária, há excepção de um, enquanto no Fórum apenas metade tinha este tipo de prescrição.

Visando efectuar uma *breve síntese das principais características dos grupos da Comunidade (ECSMP E FSO) onde o programa “ «SER + saudável» foi implementado, destaco o facto de serem dois grupos naturais, com pessoas com diagnósticos de enfermagem comuns: interacção social prejudicada, comportamentos saúde propensos a risco e estratégias de coping ineficazes e para os quais foram traçados objectivos terapêuticos de sensibilização, desenvolvimento de conhecimentos e mudança de comportamento. Quanto à dimensão, grupos até 10 participantes em processo fechado, orientação essencialmente cognitivo-comportamental, valorizando-se a participação na discussão dos temas e o recurso a dinâmicas de grupo activas. Programa com*

uma duração limitada de 8 sessões (1/ semana), durante 1h30min. (Guerra, p. 29, 2005)

No Internamento

Um terceiro grupo de implementação do Programa «SER+Saudável», foi constituído no *Serviço de Internamento de Psiquiatria (sexo masculino)* do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital S. Francisco Xavier. O programa mereceu algumas reformulações, pois o contexto assim o exigia, sobretudo pela fase aguda da doença dos participantes, por se encontrarem um regime fechado e com tempos de permanência diferentes.

O programa foi apresentado em reunião com a Enf^a Chefe, orientadores clínicos, e posteriormente aos colegas do serviço. Estes acolheram-no bem, pois consideraram o tema pertinente e uma necessidade de cuidados aos clientes com DMG, demonstrando ao longo do processo uma atitude de colaboração na implementação do mesmo.

A adequação do programa a este contexto envolveu uma reformulação de alguns aspectos, os quais passo a descrever: seriam realizadas 9 sessões (anexo VII), com uma periodicidade bi-semanal e o tempo limitado de 45 minutos devido à capacidade de atenção que poderia estar comprometida nesta fase da doença.

Os temas seleccionados foram reformulados em relação ao programa base, adicionando-se o tema adoecer mental, tratamento biopsicossocial e medicamentoso, assim como, uma breve abordagem à prevenção de recaída, suprimindo o tema da alimentação. Esta reformulação teve como objectivo ir de encontro às preocupações actuais desta população, verificando-se uma grande necessidade de verbalização das experiências pessoais e dúvidas sobre estes temas.

O *recrutamento* dos participantes foi realizado através de reuniões com os enfermeiros do serviço. Nestas eram expostos o publico alvo - PDMG com diagnóstico de enfermagem *comportamentos de saúde propenso a risco e estratégias de coping ineficazes* - os objectivos do programa, número limite de participantes e duração da sessão. Também foram definidos os critérios de

exclusão – pessoas com patologia borderline da personalidade, agitação psicomotora, agressividade e/ou sonolência marcada. Após a selecção dos participantes com a colaboração da equipa, procedia à consulta dos *processos clínicos* e realizava uma breve *entrevista com os utentes* sobre os objectivos do programa, apurava as motivações pessoais, esclarecia dúvidas e receios e salvaguardava o respeito pela decisão tomada.

Tratou-se de um grupo aberto, com um número médio de 7 participantes, essencialmente constituídos por jovens entre os 20 e 30 anos de idade, com patologia psicótica por vezes associada a consumos. Na sua grande maioria já existia história de internamentos anteriores. Os motivos da hospitalização descritos estavam relacionados com o abandono da medicação devido aos seus efeitos secundários e falta de *insight* para doença e tratamento

Para além de desenvolver o programa com clientes em situação aguda de doença, pretendia igualmente envolver os colegas do serviço numa perspectiva motivacional, partilha de conhecimentos e de formação em intervenções psicossociais sistematizadas. Nesse sentido realizei algumas entrevistas informais, apelando à sua participação. A taxa de adesão não foi a esperada. Julgo que poderá ter sido condicionada por factores como: a falta de motivação dos elementos do serviço devido a questões internas, o facto de estarem dentro do seu horário de trabalho e com escassos recursos humanos, o que muitas vezes os impedia de participarem na sessão, e também pela presença assídua do meu orientador que de alguma forma os desresponsabilizou.

Neste setting de cuidados senti outra necessidade e oportunidade, procurei trabalhar de modo mais articulado com outros profissionais da equipa multidisciplinar, designadamente a *terapeuta ocupacional*, a quem reconheço competência e uma vasta experiência de trabalho com grupos de utentes em contexto de internamento. Solicitei assim a sua colaboração, procurando potencializar as nossas competências e otimizar a intervenção em benefício dos utentes e da minha aprendizagem, para a qual trouxe um contributo muito importante

Considero que promover a integração de conhecimentos e competências dos vários grupos profissionais permite potenciar a qualidade terapêutica e holística dos cuidados e uma maior coesão na equipa de cuidados. Também é nesse sentido que apontam os padrões de qualidade definidos pela OE, ao afirmarem que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, não se obtendo os padrões em saúde desejáveis só com o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). Contudo tenho verificado que esta situação ocorre raramente.

3.3 Competências adquiridas ao longo do Programa «SER+Saudável»

Analisando o projecto de uma forma geral, considero que tive em conta na criação e implementação do programa “ **SER + saudável**”, alguns critérios de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, dos quais destaco:” ajudar os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, servindo-me desta etapa de formação e do contexto académico para fornecer informação geradora de aprendizagens e de novas capacidades do utente, com vista à maximização do seu bem-estar e à promoção de estilos de vida saudáveis. (OE, 2001, p. 12,)

*Que competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde adquirir com o programa “**SER + saudável**”...*

A aquisição de competências, resultou do meu investimento, comprometimento e disponibilidade, e da colaboração da equipa especialmente no contexto de internamento, o qual constituiu, em certa medida, uma experiencia nova para mim, que requereu adaptações pessoais, em especial, na minha postura perante o grupo, modelo de animação e gestão global da intervenção. Estes aspectos serão descritos com maior profundidade no capítulo seguinte.

Como linhas de orientação, desenhei a criação de um projecto de intervenção que me possibilitasse por um lado aplicar os conhecimentos já adquiridos associados à pesquisa bibliográfica realizada, adaptando-os ao contexto, e por outro configurar uma IPS, entendida como uma “ferramenta” de intervenção, e disponibiliza-la aos colegas já consolidada.

Todo o percurso e etapas contribuíram para o meu processo de formação e para a aquisição ou desenvolvimento de *competências comuns e específicas do enfermeiro especialista*, das quais passo a enunciar as que considero mais directamente implicadas na prossecução deste projecto e que se encontram justificadas ao longo do presente relatório:

Competências específicas do enfermeiro especialista

Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto conhecimento pessoal e profissional:

- *Identifica no aqui e agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstâncias que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar;*
- *Monitoriza as suas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “ dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.*

Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental:

- *Avalia factores promotores e protectores de bem-estar e saúde mental assim como factores predisponentes de perturbação mental na comunidade;*

Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto:

- *Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental;*

Presta cuidados de âmbito (...) psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde:

- *Demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como. Sexualidade, abuso de substâncias, (...) comportamentos de risco e outros;*
- *Considera a disponibilidade para melhorar o auto cuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas;*
- *Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida*
- *Concebe e desenvolve programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integra;*
- *Envolve outros profissionais na definição de projectos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade.*

Competências comuns do enfermeiro especialista

Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção:

- *As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o utente;*
- *O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão;*
- *Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.*

4 - RESULTADOS OBTIDOS

Após um percurso de construção e implementação do programa, cabe agora analisar os resultados obtidos. Este processo exige-nos um confronto com as nossas expectativas iniciais e com as efectivamente ocorridas, conduzindo-nos a um caminho de reflexões, reformulações e adaptações. Implica tomar em consideração vários aspectos na sua análise, quadro de referência, o objectivo da intervenção e as tomadas de decisão. (Fortin, 2003)

Pretendo assim analisar este projecto sob vários olhares, condicionado pelo observador, com toda a individualidade subjacente, enquanto profissional e sob o olhar da pessoa cuidada, nesse sentido vou tentar ser o mais fiel possível na sua exposição.

No global, os resultados obtidos serão equacionados numa lógica de análise reflexiva e descritiva do processo de implementação do processo. Enquadram-se numa análise narrativa das práticas, segundo uma perspectiva profissional. Para tal recorrerei às notas clínicas e aos diários de campo que fui elaborando regularmente ao longo do processo de implementação do programa nos vários grupos.

Também as grelhas de avaliação de resultado da sessão, constituídas por indicadores de resultado (comportamentos observáveis nos clientes) servirão de suporte a esta avaliação. Estes dados suportarão uma avaliação de natureza tendencialmente qualitativa quanto ao processo.

4.1 – O Programa «SER+Saudável» na Comunidade

4.1.1 Na perspectiva da formanda de Enfermagem Especializada em Saúde Mental

A relação supervisiva que se estabeleceu durante este período de estágio, foi sentida por mim como um suporte essencial para a prossecução do programa nos *dois contextos*. Segundo Alarcão (cit. in ABREU, 2007 p.165,) “ (...) a supervisão tem uma função complexa de proporcionar um diagnóstico sob o ponto de vista ecológico (os intervenientes, o contexto, as relações e as

emoções) e endereçar “ pistas” e subsídios para a ocorrência de mudanças susceptíveis de proporcionarem ganhos para a aprendizagem.”

Os ganhos percebidos por mim com a supervisão realizada pela docente e orientadores dos locais de estágio, possibilitaram-me, através das suas experiências e competências na área: desenvolver uma identidade pessoal mais positiva, ajudar na gestão das emoções, desenvolver um espírito crítico e reflexivo sobre a prática, aprofundar o domínio da linguagem científica, modificar e otimizar práticas, entre outras.

Outro momento fundamental foi a reflexão realizada no pós grupo com o co-terapeuta, que na minha opinião foram essenciais por permitirem uma análise mais detalhada e partilhada da avaliação da sessão com base nas fichas realizadas para o efeito, a *grelha de avaliação (anexo III e IV)*. Os itens analisados permitiram debater ideias, rever práticas, acordar novas formas de articulação entre os dois terapeutas, definir novas abordagens numa próxima sessão e possibilitar a crítica construtiva no meu processo de crescimento pessoal e profissional.

Experiência de Co-terapeuta

A oportunidade de experienciar a *co-terapia* num programa estruturado vem contribuir para uma reflexão e aprendizagem enriquecedora, pois a vivência deste papel permitiu-me perceber qual o peso efectivo da *relação* do co e do terapeuta na condução de uma sessão. Segundo Neto (2011) a cumplicidade e autenticidade do terapeuta e co-terapeuta são essenciais para uma conduta adequada numa intervenção desta natureza.

O papel de co-terapeuta que assumi no grupo da ECSMP da Parede, realizado no âmbito do estágio comunitário, foi facilitador por já ter desenvolvido vários projectos com a colega. Também na maioria das sessões do Fórum de Cascais, em que uma profissional desta equipa assegurava a função de co-terapeuta, a experiência foi fonte de múltiplas aprendizagens, dado o bom conhecimento dos participantes e a vasta experiência de dinamização de grupos que ela possuía, de certa forma servindo como *modelo na intervenção*.

Uma experiência menos positiva, ocorreu com um outro co-terapeuta (numa única sessão) no Fórum, com o qual não existia uma relação pré-estabelecida, em que a postura e forma de intervenção eram díspares da minha, o que me provocou um enorme desconforto perante o grupo, comprovando que o conhecimento prévio e a partilha de concepções é essencial neste tipo de intervenção.

Numa síntese das principais aprendizagens retiradas da experiência de co-terapia destaco:

- A *intervisão* enquanto (des)multiplicação de olhares e perspectivas que promoveu uma reflexão mais complexa ao nível do modelo de orientação do terapeuta, estrutura das sessões e melhorias a implementar e feedback;
- A *complementaridade* na intervenção ao nível da observação e monitorização dos comportamentos não verbais, ao nível da estimulação dos mais retraídos e da função de complementar ou clarificar a informação do terapeuta que considerasse ser pertinente;
- A aprendizagem adquirida com o *modelo* de orientação e dinamização do grupo dos colegas, especialmente com uma profissional do Fórum, dada a sua vastíssima experiência na dinamização de grupos com esta população e pela sua postura simultaneamente, assertiva e cuidadora.

Como dificuldades na co-terapia, destaco o *medo de antecipação*, que foi a emoção que por vezes esteve presente, sobretudo porque não queria interferir com o planeamento da colega, traduzindo-se numa necessidade de me certificar regularmente do timing certo da minha intervenção.

Experiência de Terapeuta

No desempenho da função de *terapeuta*, confrontei-me com vários sentimentos e emoções. Num primeiro plano as expectativas iniciais que vamos construindo condicionam os resultados esperados, o que me ocorreu especificamente em relação ao grupo do Fórum.

Assim, esperava um grupo participativo, motivado nas dinâmicas e debates realizados, pelas suas experiências diárias de trabalho em formato de grupo,

mas verificou-se o oposto, menos participativos do que o grupo da ECSMP de Cascais, fácies que evidenciava por vezes desmotivação, desinteresse, olhos semi cerrados e postura curvada em alguns elementos.

Nas minhas ideias pré concebidas, os grupos das ECSMP de Cascais e da Parede, pelas suas dificuldades de interacção social e inexperiência de participação em intervenções grupais seriam mais reservados, menos participativos e até com algum risco de não aderirem a algumas dinâmicas.

Foi tranquilizador receber o *feed back* da técnica do Fórum em como esse comportamento fazia parte do registo habitual do grupo. Por um lado, questioneei a minha competência enquanto dinamizadora de grupo e por outro lado tentei ultrapassar essa dificuldade. A estratégia encontrada foi a utilização de metodologias ainda mais activas, as quais tinha percepcionado que aderiam com motivação, mas sempre com a preocupação de não infantilizar, intervenções essas, que tiveram algum sucesso na sua implementação.

Ao longo das 8 sessões, o contexto comunitário em geral, exigiu tomadas de decisão, reformulações e adaptações à especificidade de cada contexto, para ir de encontro ao objectivo do programa. Passo a descrever os resultados obtidos com a sua implementação, num primeiro momento através de uma avaliação mas qualitativa e posteriormente quantitativa.

Penso que cada sessão teve sempre um contributo positivo, avaliando-a numa perspectiva realista, pois não esperava grandes mudanças de comportamento mas acima de tudo sensibiliza-los para o impacto dos seus comportamentos na sua saúde e qualidade de vida.

A *avaliação do IMC* dos utentes foi uns dados com grande impacto no grupo, penso que veio de certa forma objectivar um dado para o qual não estavam tão despertos, levando-os a reflectir sobre esse aspecto. Constatei que os valores encontrados iam de encontro ao relatado na literatura em que as pessoas com doença mental apresentavam um risco cerca de duas vezes maior de desenvolverem obesidade comparativamente à população em geral. GILL, p33, 2009

Com o objectivo de fazer face ao resultado obtido, programei em vez de uma, duas sessões sobre *alimentação* em que o objectivo seria reforçar o impacto dos hábitos alimentares na saúde e estratégias para fazer face à *obesidade*. Com o intuito de promover hábitos saudáveis optei nas sessões iniciais por proporcionar um lanche que servisse de modelo, ex: 3 variedades de pão: integral, sementes e mistura reforçando as vantagens deste pão e chá de camomila com mel, assuntos abordados durante a sessão.

A adesão a este lanche não teve muito sucesso, as razões evocadas foram que não tinham apetite, se comessem aquela hora já não jantavam ou que tinham almoçado tarde. De salientar, que no primeiro lanche foi oferecido sumos e bolachas e apenas um recusou. Como um dos objectivos da intervenção era também promover a socialização, aquele que seria um momento informal de convívio não se iria concretizar, pois a maioria saía logo após o terminus da sessão formal.

Para os lanches seguintes implementou-se uma estratégia implementada que passou pelo fornecimento de vários tipos de chá, estimulando a área gustativa, demonstrando a oferta de sabores que tem disponível e oferecer alimentos que poderiam ser mais apetecíveis, mas menos prejudiciais, ex: salgados cozidos no forno (ex: empadas) ou bolos sem cremes (ex: pão de deus) mudanças estas que se reflectiram na adesão, ao momento de interacção informal.

Outro aspecto que veio atestar esta dificuldade de aderir a novos padrões alimentares decorre da última sessão em que, recorrendo à técnica de resolução de problemas adaptada, o grupo escolheu como actividades a desenvolver após o terminus do grupo, durante o período de inverno um lanche no Mc Donald e, na primavera/verão alguma actividade na praia. Imergiu em mim um sentimento de frustração e incompetência, quando racionalmente sabia que não se muda hábitos de uma vida em 2 sessões.

Constatámos assim, que é muito difícil alterar hábitos, contudo algumas ideias erradas foram corrigidas e de um modo geral os participantes ficaram mais sensibilizados para o tema. mas ainda há muito caminho a percorrer: Que outras intervenções psicossociais sistematizadas poderia desenvolver com esta população? Passaria por implementar um programa só sobre alimentação?

Intervir também com as famílias? Reforçar o treino de competências nesta área? *Será algo a pensar noutra timing* ...Dentro da temática *alimentação* o treino de competências na AVD também foi algo pensado, com a confecção de sopa e gelatina. Inicialmente observava-se alguma resistência, mas após o avanço do primeiro rapidamente o resto do grupo aderiu. A satisfação demonstrada, a surpresa por perceberem a facilidade de manuseamento de determinados utensílios (ex: varinha mágica), a desmistificação da simplicidade destas confecções, e o impacto observado ao nível da auto-estima, com uma maior confiança nas suas capacidades foi algo que tornou esta actividade, na minha opinião, muito enriquecedora para todos, profissionais e utentes. Esta actividade vem comprovar o relatado na literatura, em que o treino de competências é uma aposta para reduzir o risco de co-morbilidade nesta população. MC DOuglas(cit in SULLIVAN, 2006) Considero que intervenções que contemplassem um maior enfoque no treino das AVD faria a diferença na qualidade de vida geral das PDMG.

Na *sessão do exercício físico e relaxamento* a adesão às dinâmicas activas foi muito satisfatória, facilitando todo o desenrolar da sessão, mais uma vez comprovei que a utilização de um quebra-gelo mais activo estimula a coesão de grupo no decorrer da sessão. Saliento o bem-estar verbalizado na realização das actividades físicas, assim como a dificuldade que manifestaram em desenvolvê-la sem orientação. Esta experiencia, e considerando que as pessoas com doença mental são mais sedentárias e realizam menos actividades físicas do que a população no geral (WAND, 2008), levou-me à decisão de, após o estágio, implementar com os clientes da minha Equipa, uma actividade mensal de exercício físico ex: caminhada pelo paredão.

Tanto mais que na última sessão com o grupo do Fórum, recorrendo à técnica de resolução de problemas adaptada, este sugeriu como actividade a desenvolver após os termos do grupo, um reencontro através de uma caminhada. Possivelmente fruto de ser um grupo mais estimulado nesta área.

O despertar dos sentidos foi algo também conseguido com a realização da *sessão higiene e conforto*, o cheirar, apreciar, tirar proveito dos momentos mesmo que embotados. Verificou-se inicialmente que a capacidade de

expressão estava muito focalizado nas sensações físicas, só posteriormente atingiram outras mais subjectivas de bem-estar. Registou-se uma sensibilização para sentirem o acto não só como uma tarefa, mas sim como um momento de prazer e com reflexos na interacção com os outros. “*É como uma estrela a brilhar para mim e para os outros*” sic (participante no grupo)

Relativamente à sessão *das drogas e tabaco* foi muito interessante pela partilha de experiencias. Na sociometria não abordei o tema das drogas por considerar um assunto mais privado, mas espontaneamente acabaram por verbalizar e até relatarem o impacto que teve na sua recaída e como factor desencadeante na doença. A construção da grelha decisional realizada pelos participantes demonstrou os seus vastos conhecimentos sobre a área e permitiu um maior envolvimento do grupo na sessão.

A verbalização por parte de alguns elementos sobre a necessidade de ajuda para deixarem de fumar, também se destacou, colocando-me algumas questões enquanto profissional. Que competências terá a equipa de saúde mental para colaborar neste processo? Qual a necessidade de articulação efectiva com os cuidados de saúde primários nas consultas de cessação tabágica? A literatura reforça a necessidade urgente das enfermeiras dos cuidados de saúde primários e secundários trabalharem em conjunto (GRAY, 2009), para quando esta realidade?...

A abordagem ao tema *relações afectivas e afectivo/sexuais* tomou caminhos díspares em termos das sessões realizadas no Fórum e nas realizadas na equipa comunitária. As experiências dos participantes conduziu o curso das sessões. Na ECSM Cascais evidenciou-se a partilha de experiências condicionadas pelas questões culturais, a maioria do grupo, emigrantes verbalizaram as suas dificuldades de integração no novo país, assim como as divergências culturais, alguns dos quais nunca as conseguiram ultrapassar. Relatos marcantes de como essa experiência os condicionou na sua socialização, foram partilhados, intensificando mais esta problemática nas suas vidas com a associação dos deficits da doença.

O foco de discussão no Fórum foi direccionado para a sexualidade, suas vivências, dúvidas, mitos e dificuldades na assertividade. Verifiquei que ainda

existem muitos conceitos errados sobre esta temática, muitos deles, condicionados por questões culturais que ainda se mantêm em pleno sec. XXI. A intervenção sistematizada sobre estas temáticas continuam a ser muito escassas, e só recentemente lhe foi dada maior importância com o aparecimento do HIV. (HIGGINB, 2006)

A avaliação efectuada vai de encontro ao descrito na literatura, urge a necessidade de uma abordagem estruturada que foque a prevenção do HIV, e de outras doenças sexualmente transmissíveis, assim como a negociação de sexo seguro e desenvolvimento de competências na assertividade das PDMG. (HIGGINB, 2006)

Como percepção final acerca da implementação deste programa, foi evidente a vontade expressa pela maioria para se reencontrarem, ficou o “bichinho” de voltarem a conviver com as pessoas que durante umas semanas fizeram parte da sua vida. Terminamos com o grito, foi interessantes as palavras que surgiram, *saúde, bem-estar, convívio!*

Após a descrição de uma avaliação mais qualitativa das sessões, passo a descrever os resultados segundo a análise dos indicadores da grelha de avaliação (anexo III) e indicadores NOC com dados gerais relativos aos comportamentos de comunicação e interacção, os quais destaco, como indicadores de presença, competências básicas de conversação e por último conhecimentos e estratégias de *coping* adquiridas:

Quanto aos Indicadores de presença registámos uma forte motivação e envolvimento no programa, traduzidos na adesão e pontualidade. Assim na adesão destacou-se que a maioria por participantes teve uma muito boa adesão ao programa. Assim, seis (6) participantes participaram entre 5 a 8 sessões, um (1) participou apenas em metade das sessões e os restantes dois (2) em menos de 3 sessões, um deles devido a uma situação de internamento e outro por abandono. A maioria e na maioria das sessões foi pontual e cumpriu os horários acordados.

No que se refere às Competências básicas de conversação, observou-se uma evolução progressiva dos participantes com mais dificuldade nas habilidades

básicas de conversação. No decorrer das sessões a capacidade de emitirem opiniões e partilharem experiências está registada, notando-se um aumento das mesmas ao longo das sessões, sendo que nas últimas uma participação quase equitativa de todos os participantes;

Por fim, quanto aos conhecimentos e estratégias de coping adquiridas, notou-se um desenvolvimento do grupo na sua generalidade com o decorrer das sessões, pelos conhecimentos adquiridos que iam transmitindo não só na sessão em causa, mas pela relação que faziam com os variados temas, assim como, em relação às estratégias de *coping* onde se verificava um enfrentamento mais eficaz das situações.

4.1.2 – Na perspectiva dos clientes

No sentido de conhecer a importância atribuída pelos clientes ao o programa “**SER + saudável**” face ao desenvolvimento das estratégias de *coping* e de perceber se algumas mudanças tinham ocorrido, elaborei em colaboração com uma colega, uma ficha de análise sobre cada tema abordado (anexo VIII) constituído por três perguntas abertas: “o que aprendi; O que mudei ou quero mudar e duvidas”.

Relativamente à satisfação dos clientes foi realizado um *questionário de avaliação da satisfação* (anexo V), constituído por cinco questões fechadas, classificadas numa escala de Likert, tomando o 1 (valor mínimo) e o 5 (valor máximo) e três questões abertas. Quanto às primeiras procuravam avaliar os dados relativos ao desenvolvimento de estratégias de *coping*: a disponibilização de informação, ajuda para mudar comportamentos e ajuda para lidar melhor com as situações do dia-a-dia, destacando-se nas duas últimas o impacto na socialização e no bem-estar. As questões abertas visavam obter a opinião dos clientes, quanto aos aspectos que valorizaram mais, menos, sugestões e comentários acerca do programa “ **SER + Saudável**”.

Não podendo fazer grandes considerações em termos dos resultados obtidos numa lógica de mudança de comportamentos, por um lado porque a

metodologia utilizada não é adequada (visão dos clientes) e por outro, porque o factor tempo é aqui indispensável pois só o tempo indicará o impacto do programa na promoção de estratégias de *coping* mais eficazes nos clientes, passo a expor de uma forma geral, as motivações e mudanças concretizadas enunciadas pelos clientes.

Relativamente à alimentação foi referida uma diminuição da ingestão de hidratos de carbono, aumento do consumo de frutas e legumes e diminuir calorias ingeridas. No âmbito do exercício físico apontaram o aumento de caminhadas e passeios a pé com o objectivo de emagrecer, promover o bem-estar e diminuir o stress e uma maior motivação para iniciar uma actividade física. Por seu lado, no que se refere ao Cuidar de si: alterações dos hábitos de higiene (aplicação de creme hidratante, depilação, mudança de roupa interior diária). Face às Drogas, álcool e tabaco: maior consciência dos malefícios do tabaco durante o acto de fumar, aumento da motivação para deixar de fumar, diminuição do consumo do número de cigarros/ dia, eliminação do consumo de álcool. E por fim no contexto das relações afectivas/ afectivo – sexuais: aumento da motivação para interagir com outras pessoas, realizar despiste de infecção por HIV devido a comportamentos não seguros e uso do preservativo nas relações sexuais.

Relativamente ao *questionário de avaliação* da satisfação, a grande maioria dos grupos situou as questões fechadas na escala de Likert entre o 4 e 5 ao nível da: informação sobre comportamentos saudáveis, ajuda pratica para mudar comportamentos de forma a ter uma vida mais saudável, lidar melhor com situações do dia-a-dia, ajudar a conviver e a relacionar-se melhor com os outros, assim como a ajuda para si próprio, no sentido de se sentir “melhor por dentro. Dados estes, que são sugestivos da elevada satisfação dos clientes na participação do programa.

Quanto às *questões abertas*, em que procurava conhecer os aspectos positivos, menos positivos e sugestões percebidos pelos participantes, na sua maioria ficaram muito focalizados nos temas e apurei alguma dificuldade em se referirem a emoções e sentimentos. No entanto, consideraram *positivo*

na participação do programa: o convívio com outras pessoas, a valorização do contributo das sessões em termos de aprendizagem, destacando em particular as temáticas do exercício, das drogas, álcool e tabaco, do cuidar de mim e das, relações afectivo sexuais. Relativamente à alimentação sobressaiu a parte prática da confeccionar sopa e gelatina. Destacaram ainda a pertinência de articular o debate dos temas com a experiência de exercícios de grupo, tais como a prática da actividade lúdica e de jogos.

Quanto a aspectos menos positivos, curiosamente salientaram essencialmente os défices de competências de alguns participantes, em termos das habilidades básicas de conversação - dificuldade de escuta de alguns participantes e uma maior iniciativa de participação de alguns membros em detrimento dos outros.

Por fim, no campo das sugestões e observações, expressaram estar motivados para realizar outras actividades de convívio tais como, jantar ou lanche num espaço público (restaurante, pastelaria) e fazer exercício na praia. Como comentários gerais relativos ao programa, transcrevo a opinião de dois participantes:

“Acho que no geral foi muito útil, pois ajudou a descontraír, relaxar e encarar os problemas com menos preocupação” sic

“Está muito bem, mas precisava de mais algumas informações. Como é óbvio não falamos de tudo ao pormenor. Estas sessões são úteis para o convívio entre nós gerado pelos vários jogos e para nos sentirmos bem. Foi brilhante” sic

4.2 – O Programa «SER+Saudável» no Internamento

4.2.1 Na perspectiva da formanda de Enfermagem Especializada em Saúde Mental

Ao iniciar o programa “ **SER + Saudável**” em contexto de internamento fui confrontada com a ausência na literatura de programas relativos à promoção de estilos de vida saudáveis desenvolvidos neste *setting* de cuidados. Este resultado, gerou em mim sentimentos de alguma inquietação e curiosidade, levando-me a questionar os motivos que justificariam este facto. Contudo, estas emoções, ao invés de me provocarem sentimentos de desânimo,

potenciaram a minha motivação para a implementação do programa, considerando o mesmo como um desafio.

Experiência de Terapeuta

No desempenho da função de terapeuta foi confrontada com algumas *dificuldades iniciais*, as quais procurei ultrapassar através das reuniões com os orientadores clínico e docente, reuniões que se revelaram bastante enriquecedoras pelo seu cariz reflexivo a partir das práticas. Dificuldades que se centraram essencialmente pela mudança do contexto e do estado clínico dos clientes.

Assim, foi exigida uma postura mais *assertiva* na condução do grupo, e mais flexível na condução dos temas. Enquanto na comunidade existia uma intervenção mais aberta, recíproca e dinâmica, apelando à construção da sessão pelo grupo, aqui, pelas dificuldades dos participantes em termos da atenção, memória e concentração, foi indispensável a assumpção de uma postura mais directiva e contentora que contribuisse para a sua reorganização. Estas exigências, nomeadamente a necessidade de ser mais directiva provocaram algum receio inicial, de que a minha postura fosse interpretada pelos clientes como uma figura de poder, prejudicial à relação terapêutica.

Outra dificuldade sentida passou pela gestão do comportamento de alguns *elementos* do grupo que apresentavam alguns deficits ao nível das competências básicas de conversação decorrentes da fase aguda da doença, nomeadamente, a capacidade de escuta, verificando-se interrupções constantes que condicionavam a intervenção. Discutidas as estratégias com os orientadores, optou-se por intercalar os elementos mais e menos participativos, assim como, promover uma maior proximidade física junto do cliente com mais dificuldade nesta área.

A *valorização* das suas vivências pessoais e necessidades expressas, esteve inerente durante todo o programa, observava-se uma grande necessidade de ventilação de experiências e emoções, equacionando-se sempre o impacto global no grupo e no cliente.

A realização de sínteses parciais escritas e orais, bem como, o fornecimento de folhetos informativos foram outros aspectos que exigiram adaptações, para permitir uma melhor capacidade de retenção da informação e uma menor dispersão de ideias neste grupo de participantes.

De realçar neste contexto, a importância dos pares como promotores do conhecimento e/ou da mudança, um dos exemplos, ocorreu durante a sessão de adesão ao tratamento e prevenção de recaída em que o preenchimento de uma ficha pelo grupo e discussão da mesma, permitiu a clarificação, reforçou a informação transmitida e promoveu o *insight* dos clientes

Para além das aprendizagens decorrentes da análise global da experiência como terapeuta, este contexto exigiu tomadas de decisão, reformulações e adaptações no que concerne a cada uma das 9 sessões implementadas. Destacarei as mais significativas

Na primeira sessão, cujo tema foi o “ Adoecer Mental”, os objectivos a que me tinha proposto não foram atingidos. O número de participantes (técnicos e clientes) revelou-se elevado para uma primeira sessão e para os objectivos definidos para a mesma, acresce-se ainda o facto de ser o primeiro contacto com o grupo. O confronto com estes resultados, desencadeou uma reflexão que teve impacto no planeamento das sessões seguintes, nomeadamente no que concerne à estrutura e ao número de participantes. Num próximo grupo com estas características, deve-se equacionar uma primeira sessão de socialização, no sentido de promover o conhecimento e interacção dos participantes (técnicos e clientes).

A promoção de *estratégias de coping eficazes* foi um dos alicerces do programa “ **SER** + Saudável”. Constatei a este nível no decorrer de varias sessões, que alguns clientes já possuíam algum conhecimentos sobre formas adaptativas de lidar com situações de stress, este facto foi verificado, entre outros, na associação do relaxamento à qualidade do sono, bem como na associação da diminuição da ansiedade e exercício físico.

Estas constatações levaram-me a interrogar a razão pela qual as pessoas não implementavam os conhecimentos que pareciam possuir, bem como o modo

como os enfermeiros, por exemplo durante o internamento, poderiam contribuir para a mudança destes comportamentos. MULLEN, (2009) proporciona-nos algumas orientações. Assim, o autor refere que numa situação de insónia ou agitação, o enfermeiro pode abordar estes problemas através de varias intervenções, por exemplo, pode administrar benzodiazepinas ou implementar estratégias como o relaxamento, exercícios respiratórios ou técnicas distractoras. Constatamos que a realidade mais frequente nos nossos contextos de cuidados, é a opção pela medida farmacológica em detrimento das não farmacológicas, por essa via não favorecendo a adopção de outros comportamentos por parte dos clientes.

Relativamente à temática dos *consumos, drogas e álcool* esta revelou-se muito rica, talvez devido à experiencia de consumos de muitos destes clientes. Nesta sessão destaco o preenchimento da grelha decisional, onde se observou um enfoque nos prejuízos em detrimento dos benefícios. Colocado este facto ao grupo, apura-se que os consumos surgem como resposta à necessidade de integração em grupo associada à necessidade de socialização e de identificação com os seus pares, bem como a falta de ocupação.

Ainda no que respeita ao preenchimento da grelha decisional, este enfoque nos prejuízos estará relacionado com o facto de para muitos estas substancias estarem associadas à recaída, ainda muito presente, ou desejaram, unicamente conformar-se ao que crêem ser as expectativas dos profissionais com vista a uma rápida organização da alta?

Em discussão com os orientadores, concluímos que sem dúvida este contexto (unidade de internamento) é um bom momento para trabalhar o tema, tornar conscientes os malefícios dos consumos que precipitaram algumas crises, e que ainda estão muito presentes e intensos, atestando os efeitos nocivos destes consumos. Outro aspecto interessante, foram as razões que acrescentaram para os consumos, de facto não reconhecem grandes benefícios, mas parecem ser sempre tentativas de responder a necessidades não resolvidas que constituem a motivação para o consumo. Nesta perspectiva, são necessidades na base da pirâmide de Maslow que estão presentes, ou seja, *ser aceite, pertencer, ser reconhecido*.

Na abordagem da sessão *tabágica* apurou-se alguma consciência sobre as causas que promoveram o início de consumos: imitação do papel parental, modelo de referência, integração no grupo de pares, especialmente no período da adolescência, curiosidade e afirmação. Os benefícios enunciados focaram novamente a necessidade de integração social e coesão de grupos, assim como pelo aumento da auto-estima, diminuição da ansiedade e como estratégia adaptativa face a situações de stress.

A discussão em grupo promoveu a partilha sobre estratégias adaptativas mais eficazes, a maioria delas foram enunciadas pelos clientes, apesar de aparentemente pouco convictos para mudarem comportamentos. Que IPS a implementar para fazer face a esta necessidade? Os dados observados nesta sessão vão de encontro aos relatados pela literatura, onde a dependência nicotina é grande nas PDMG (WILLIAMS, 2009). MULLEN, (2009) sugere que em contexto de internamento uma das intervenções de enfermagem poderá passar pela entrevista motivacional.

Na última sessão, abordei as relações *afectivas e afectivo sexuais*, o tempo revelou-se insuficiente para trabalhar todos os conteúdos planeados. Face a este constrangimento de tempo e à riqueza da discussão gerada decidi focalizar-me nas relações afectivas, na relação destas com as suas competências básicas de conversação, as quais se encontravam-se deficitárias na maioria dos participantes. Estes aspectos foram reconhecidos como um factor que condiciona as suas actividades de interacção no dia-a-dia e como um sinal precoce de recaída. No final da sessão foi solicitado por alguns elementos uma ficha escrita sobre estratégias promotoras da interacção social, que foi posteriormente entregue.

As reflexões conjuntas proporcionadas nas sessões, permitiram ao grupo uma maior tomada de consciência das estratégias de *coping* para fazerem face às dificuldades vivenciadas no dia-a-dia, assim como para percepcionarem mais facilmente os seus sinais e sintomas *precoces de recaída*. Um elevado número de utentes apresentavam sinais comuns de alerta, como a insónia, negligência nos cuidados de higiene e isolamento social o que facilitou o processo de auto conhecimento e identificação com os pares.

MULLEN (2009) reforça a necessidade da implementação de IPS em contexto de internamento que abordem a psicoeducação, prevenção de recaída, manejo do stress, entre outros. Os benefícios são vários e fortemente sustentados pela evidência, estes compreendem, o reforço das *estratégias de coping* e da responsabilidade, o aumento de *insight*, o alívio e maior controlo nos sintomas e a redução do tempo de recuperação, entre outros. Se a evidência comprova todas estas vantagens, do que necessitamos para as implementarmos?

Após a descrição geral de uma avaliação mais qualitativa das sessões, passo à análise da grelha de avaliação utilizada no internamento (anexo VI) com dados relativos aos indicadores de presença, competências básicas de conversação e conhecimentos e estratégias de *coping* adquiridas:

Quanto aos *indicadores de presença*, registei uma boa adesão ao programa com um número de participantes por sessão: entre 6 a 8, assim como envolvimento no mesmo, traduzidos pela permanência durante toda a sessão, observando-se que apenas um abandono em metade das sessões.

No que se refere às *competências básicas de conversação* observou-se que cerca de 2 elementos em todas as sessões apresentou dificuldade na habilidade de escuta, já em relação à capacidade de emitir opiniões e informações, assim como na capacidade de questionamento a maioria teve uma participação activa.

Por fim, quanto aos *conhecimentos e estratégias de coping adquiridas*, notou-se que essencialmente metade do grupo colocou questões e emitiu conhecimentos relacionados com os temas apresentados, assim como em relação à verbalização de *estratégias de coping eficazes*. Conclui que a promoção de estratégias de *coping* é uma necessidade de cuidados independentemente do setting, devendo o enfermeiro contribuir na implementação de IPS para uma maior capacitação das pessoas com doença mental grave.

4.2.2 – Na perspectiva dos clientes

Com vista a conhecer a importância atribuída pelos clientes ao programa “ **SER + Saudável**”, face ao desenvolvimento das estratégias de *coping*, procurei

avaliar oralmente no final de cada sessão, os contributos sentidos, aspectos a melhorar e sugestões dos clientes. Por se tratar de um grupo aberto e com limitações no tempo (duração da sessão), não foi elaborado nenhum documento para o efeito.

Não podendo fazer grandes considerações em termos dos resultados obtidos numa lógica de mudança de comportamentos, vou procurar analisar os conhecimentos obtidos em termos dos conteúdos abordados, enquanto capacitação dos clientes ao nível do coping.

Assim, relativamente á sessão “*Adoecer Mental*”, como referi anteriormente a avaliação ficou aquém das minhas expectativas, no entanto, o *feed back* dos participantes foi positivo, centrando-se na valorização da partilha de experiências e conhecimentos e no facto de se sentirem escutados. Barry & Jenkins (cit in WAND, 2008) realçam também o impacto positivo da implementação de programas ao nível da socialização.

Por seu lado, no que se refere ao *exercício físico*, esta sessão foi sentida como benéfica pelo grupo pelos seus contributos na promoção do bem-estar e relaxamento ficando como sugestão dos participantes a necessidade de criação de um espaço no internamento promotor da actividade física. Segundo Acil (2008) o exercício físico diminui os sintomas e aumenta a qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia. Parece-me então, que seria vantajoso a criação de um espaço em contexto de internamento que promovesse a actividade física dos clientes, podendo até reflectir-se na motivação para a diminuição do sedentarismo verificado na comunidade.

No âmbito da sessão “*Cuidar de si*”, destacaram uma maior consciencialização dos seus benefícios em termos individuais como na relação com os pares, assim como uma visão mais alargada dos cuidados de higiene, ou seja, não ser sentido apenas como uma obrigação, mas sim pelo prazer que podem usufruir dos mesmos. “*Cuidar de nós para não nos deixarmos ficar sós*”. (sic)

Nas sessões dos *consumos de haxixe, álcool e tabaco* surgiu um dado interessante, a necessidade de educação para a saúde nas escolas. Alguns participantes sentiam estas abordagens como uma lacuna na informação

leccionada nas escolas na altura da sua escolaridade obrigatória *“Já devíamos ter tido esta conversa quando aprendemos o ABCD” (sic).*

Estas questões já deixaram de ser tabu no actual sistema de ensino, leccionando-se no primeiro ciclo os consumos álcool, drogas e tabaco. Há que observar se efectivamente a mudança do paradigma educacional terá resultados a médio, longo prazo nas taxas de consumo, pois actualmente as taxas continuam muito elevadas. *Será que o tempo decorrido ainda não é suficiente para avaliar o impacto? Será que só a transmissão de informação será suficiente para alterar comportamentos?*

Como síntese, os contributos mais valorizados pelo grupo do internamento relativos ao programa *“ Viver + saudável”* focaram-se na promoção da interacção social associado ao companheirismo *“evitou que passássemos horas a olhar uns para os outros no corredor” (sic);* promoção do autoconhecimento; assim como o reconhecimento das sessões como terapia, quer em termos da transmissão de informação relacionada com a gestão dos sintomas e prevenção da recaída, quer ainda como organizadoras do pensamento: *“ajudou a arrumar a cabeça” (sic).*

4.3 - Síntese dos resultados principais do Programa “ Ser + Saudável”

Em termos gerais os resultados obtidos basearam-se numa análise de natureza mais qualitativa, sendo suportados, pelos instrumentos de avaliação criados para o efeito, nas notas clínicas e diários de campo que fui elaborando ao longo do processo de implementação do programa nos vários grupos.

Globalmente, considero que os resultados foram muito positivos, tendo sido atribuído um enfoque diferente pelos grupos aos conteúdos abordados. Assim, o grupo comunitário valorizou os aspectos relacionados com a saúde física e vida em sociedade, enquanto o grupo do internamento centrou-se na gestão dos sintomas e na prevenção da recaída.

O Programa *“ **SER** + saudável”* foi avaliado pelos clientes, como tendo um impacto positivo global e em particular:

- Proporciona bem-estar

- Beneficia a interação social, e
- Contribui para a aquisição a ampliação de conhecimentos.

Sabendo que para ocorrer o *coping* com sucesso, a intervenção junto do cliente deve ocorrer numa perspectiva de promoção do controlo e de envolvimento no seu processo de tomada de decisão, ou seja, quanto maior for o conhecimento e o controle, mais probabilidades existe de ocorrer o *cope*. Sabendo ainda que o desenvolvimento das estratégias de *coping* não são inatas, mas podem ser aprendidas e desenvolvidas (Chapter, cit in *Cutcliffe*, 2005); podemos afirmar que os resultados obtidos parecem então indicar que o programa “ **SER + Saudável**” contribuiu para o desenvolvimento das estratégias de *Coping* das PDMG.

5 - QUESTÕES ETICAS

“Cuidar” de pessoas exige-nos um compromisso de respeito dos direitos dos utentes e da permanente necessidade de reconhecimento da sua condição humana. Ao elaborar este programa foi meu propósito tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos, liberdades e necessidades dos participantes, fundamentando-me no Código Deontológico do enfermeiro (CDE).

Como o mesmo prevê, no *artigo 80.º “Dever para a comunidade: o enfermeiro é responsável na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem. COd deont (2005 p. 83,)”,* apela à responsabilidade dos enfermeiros no levantamento de necessidades da população a quem presta cuidados, assim como, na participação na busca de soluções”. A implementação do programa “**SER** + *saudável*” procurou responder ao descrito no artigo 80.º, ou seja, após o levantamento de uma necessidade de cuidados detectada à população a quem presto cuidados, delinei uma intervenção com vista à solução do problema, com o programa acima referido.

Ainda de acordo com o referido artigo, esta intervenção contemplou a promoção da saúde nas PDMG, através da melhoria na informação, na potencialização das suas capacidades com vista à promoção dos estilos de vida saudáveis e consequentemente melhorar a sua qualidade de vida. (CDE, 2005)

A qualidade dos procedimentos procurou estar contemplada em cada etapa do projecto, ou seja, desde a pertinência do tema, a informação dada aos participantes, a obtenção do seu consentimento voluntário e fundamentado, a consulta de peritos, assim como a validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento. (Nunes, 2011)

Ainda que não considere o programa com um cariz de investigação, regi-me pelas orientações delineadas CDE e pelo International Council of Nurses que contempla seis princípios éticos, os quais tive em consideração durante esta intervenção. (Nunes, 2011).

- Não- maleficiência: procurei não prejudicar o participante avaliando os riscos possíveis e previsíveis e ajudá-lo a obter algum benefício com a intervenção;
- Fidelidade: procurei estabelecer relação de confiança essencialmente com os participantes em que não existia relação prévia, como no contexto de internamento;
- Justiça: procurei “cuidar” de todos os elementos sem diferenciação, ou seja, com equidade;
- Veracidade: Procurei informar através de entrevista individual, sobre os riscos e benefícios da sua participação no programa, assegurando-me que a informação era compreendida para um consentimento livre e esclarecido;
- Confidencialidade: Procurei salvaguardar as informações de carácter pessoal reunidas durante o estudo, assim como relembrar ao grupo durante as sessões o carácter confidencial das informações pessoais partilhadas.

Pela população em causa, PDMG encontrando-se inclusive um dos grupos com o factor agravante da fase aguda da doença, os cuidados foram redobrados atendendo ao dever de protecção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (artº 81 do CDE- “ Valores humanos”p. 92)

Considero assim, que as questões éticas que se colocaram ao longo deste estágio foram devidamente tidas em conta no meu processo cuidar e de aprendizagem.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caminhada percorrida ao longo deste período de estágio, foi vivida por mim com grande intensidade, exigiu-me uma procura contínua de saberes, baseado numa reflexão sustentada na prática de cuidados e na produção de conhecimentos com vista ao desenvolvimento profissional e avanço da enfermagem.

A sustentação teórica baseada na evidência permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre realidade nacional e internacional em matéria da definição de políticas, assim como nas “boas práticas” implementadas na promoção de estilos de vida saudáveis nas PDMG. Este conhecimento foi essencial para a concepção e implementação do programa “**SER** + *saudável*”, pois elevou a qualidade nos cuidados de enfermagem prestados a esta população. Permitindo uma intervenção psicossocial com um maior nível de complexidade e perícia em termos de cuidados, tanto na dimensão ético-legal, como técnica, mas sobretudo no empoderamento dos clientes e profissionais.

A pesquisa reforça que as intervenções sistematizadas nos clientes tem um impacto positivo no seu estado clínico, aumenta os níveis de satisfação com os serviços e promove a auto estima e as competências nas estratégias de *coping* (Gil, 2009). Relativamente aos profissionais Mullen, (2009) refere que a implementação de actividades estruturadas é uma mais-valia na qualidade dos cuidados prestados, no aumento da satisfação dos profissionais envolvidos e na redução do *burnout*.

Fundamentando-me nos dados anteriores e na minha vivencia, este estágio aumentou-me a consciência sobre a importância da implementação de intervenções psicossociais sistematizadas. Desta forma, sinto que fiquei mais sensibilizada e competente para motivar os pares enfermeiros para os contributos e desafios futuros de novas forma de intervenção com os clientes.

Numa perspectiva de desenvolvimento do programa, lancei um desafio aos colegas nos dois contextos, seria a continuidade da sua implementação, através da disponibilização do material de suporte e da minha colaboração. Considero que seria extremamente vantajoso para todos os envolvidos e

permitiria que um programa inovador nos cuidados de enfermagem em Portugal, desenhado por enfermeiros, pudesse fazer parte da rotina dos serviços promovendo o avanço da enfermagem.

Algumas janelas ficaram em aberto em relação aos colegas dos dois contextos, pessoalmente tenho como objectivo intervir no grupo comunitário, continuando com o programa junto das PDMG e com a implementação de uma actividade física mensal com um grupo de clientes mais alargado.

Foi um grande *desafio* em termos pessoais como profissionais, conceber e implementar um programa inovador, com a agravante de não ter encontrado na pesquisa efectuada nas bases de dados EBSCO, registos de intervenções desta natureza em contexto de internamento. Esta experiência permitiu-me tomar consciência que nós, enfermeiros, apenas somos o veículo, damos o mote e os clientes navegam ao encontro das suas necessidades efectivas. O comunitário navegou na busca da saúde física e vivencia em sociedade, tendo o grupo do internamento optado por uma rota diferente, a gestão dos sintomas e a prevenção da recaída.

Apesar de optarem por caminhos diferentes penso que os três principais objectivos relativos ao programa “ **SER + Saudável**” foram atingidos nos dois grupos, foi evidente a promoção da interacção social entre os pares, assim como uma maior sensibilização para a necessidade de optarem por estilos de vida mais saudáveis, traduzindo-se no aumento dos conhecimentos validados nas sessões e na motivação expressa para alterarem alguns comportamentos.

Uma das limitações encontradas neste trabalho está relacionada com a avaliação dos resultados obtidos, pois não se pretendia um estudo de investigação, mas de descrição, construção e implementação de um programa. Do ponto de vista futuro, seria importante realizar um trabalho de investigação para avaliar o impacto do programa no desenvolvimento de estratégias de coping numa análise de natureza qualitativa e clínica.

Os resultados que obtive não podem ser extrapolados, considero no entanto que a continuidade da sua implementação poderá contribuir para o seu aperfeiçoamento.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau.

CRAIG Jean V.; SMYTH Rosalind L.(2004). *Prática baseada na evidência – manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Cury, A. (2010). *A saga de um pensador: O Futuro da humanidade (2ª ed.)*. Lisboa: Pergaminho.

Cutcliffe, John R.; Mckenna, Hugh P.(2005). *The essential concepts of nursing*. USA: Elsevier.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed.

Direcção Geral de Saúde. (2007). *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano de Acção 2007-2016*. Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.

Fortin, M. (2003) *O processo de investigação (3ª ed.)*. Camarate: Lusociência.

Gill, K. ; et al (2009). Co-Morbid psychiatric and medical disorders: Challenges and strategies. *Journal of rehabilitation*, 75 (3), 32-40.

Gray, R. ; (2009). Physical health and severe mental illness: If we don't do something about it, who will?". *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 299-300.

Guerra, M.; Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi.

Higgins, A. ; et al (2006). Sexual health education for people with mental health problems: What can we learn from the literature?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 687-697.

http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/eticanainvestigacaoemenfermagem.pdf acedico a 20-02-11

Mullen, Antony (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 83-90.

NICE (2010). *Guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. UK: The British Psychological Society

Ohlsen, R. ; et al (2005). Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness. *Journal os Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 614-619.

Ordem dos enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa.

Ordem Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa.

Ordem Enfermeiros. (2003). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa.

Ordem Enfermeiros. (2009). *Modelo de desenvolvimento profissional: perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista*. Lisboa.

Santos, E. ; Fernandes, A. (2004, Março). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, nº 11, pp. 59-62

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Quarteto.

Serra, Adriano Vaz (1999). *O Stress da vida de todos os dias*. Coimbra, DC: Autor

Suart, G. ; Laraia, M. , (2001). *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática* (6ª ed.) Porto Alegre: Artmed.

Sullivan, J. ; et al, (2006). Addressing the health and lifestyle issues of people with mental illness: the healthy living programme. *Australian Psychiatry*, 14 (2), 150-154.

Toletti, G. (2011). Contributo dos Enfermeiros na Implementação de Intervenções Psicossociais dirigidas a Pessoas com Doença Mental Grave. *Revista SPESM*, nº 5

Wand, T. et al (2008). Lets get physical. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 363-369.

Weiser, P. ; et al (2009). European network for promotion the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): background, aims and methods. *Biomed Central*, 9 (315), 1-9.

White, J.; et al (2009). The development of the serious mental illness physical health improvement profile. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 493-498.

Williams, J. ; et al (2009). A Wellness approach to addressing tobacco in mental health settings: Learning about healthy living. *American Journal of psychiatric rehabilitation*, 12, 352-369.

ANEXOS

ANEXO I - Ficha Sociodemográfica

ANEXO II - CAN adaptado

ANEXO III - Grelha de avaliação comunitária

ANEXO IV - Grelha de avaliação internamento

ANEXO V- Questionário de satisfação

ANEXO VI - Planos das Sessões do Estágio Comunitário

ANEXO VII - Planos das Sessões do Estágio Internamento

ANEXO VIII - Ficha de Análise sobre cada Sessão